

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D^r J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de Médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

D^r ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.



HUITIÈME SÉRIE — TOME QUATORZIÈME

CINQUANTE-NEUVIÈME ANNÉE

90132

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—
1904

1917

RECEIVED - 1917

RECEIVED - 1917

RECEIVED

RECEIVED - 1917

RECEIVED

RECEIVED - 1917

RECEIVED

RECEIVED - 1917

RECEIVED

RECEIVED - 1917

RECEIVED

RECEIVED - 1917

RECEIVED - 1917

RECEIVED - 1917

RECEIVED - 1917

RECEIVED

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie



LA FOLIE DES FOULES

NOUVELLE CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES FOLIES ÉPIDÉMIQUES AU BRÉSIL

Par le Dr NINA RODRIGUES

Professeur de médecine légale à la Faculté de Bahia.

Suite (1).

VI

A côté de la folie communiquée d'une grande partie des malades, il y a de nombreux cas de folie imposée, transitions à des cas de simple conviction erronée chez des individus sains et normaux.

(1) Voir les *Annales* de janvier-février, mars-avril et mai-juin 1901.

OBS. IV (personnelle). — *Épidémie de folie religieuse à Canudos; histoire médicale de l'aliéné meneur.*

L'analyse que nous avons faite de la secte nombreuse qui s'était retranchée aux Canudos nous permet de démontrer le bien fondé de ce que nous venons d'avancer.

La masse populaire que dirigeait Antonio Conselheiro était recrutée dans une population de métis où l'influence héréditaire des ascendants sauvages ou barbares, indiens ou nègres, est encore puissante.

Dans ce milieu, le sentiment religieux ne va pas au delà d'un fétichisme plus ou moins grossier, où le polythéisme naissant ne s'oppose pas au libre cours des manifestations les plus enfantines.

On a tenté de les convertir au monothéisme chrétien; mais en les catéchant, aussi bien ici que chez les sauvages, on n'a fait autre chose que de créer un conflit perpétuel entre la nécessité naturelle d'une manifestation franche de leurs sentiments religieux inférieurs et la contrainte artificielle d'une éducation remplie d'idées abstraites et bien incapables pour eux de provoquer l'émotion religieuse, ces idées étant de beaucoup supérieures à la portée de leur capacité mentale effective.

Politiquement, ils ne sont pas encore sortis de l'état social particulier aux tribus rivales et guerrières, ce qui, en dépit de toutes les coactions que leur crée l'imposition d'une organisation sociale calquée plus ou moins sur les institutions européennes, les prédispose sans les empêcher de continuer une vie nomade remplie de luttes comme l'a été celle de leurs aïeux.

Il y a lieu d'ajouter que l'on observe très fréquemment dans cette population toutes les manifestations morbides du déséquilibre mental, depuis la névropathie, le simple tempérament nerveux, jusqu'aux grandes névroses, la neurasthénie, l'hystérie, l'épilepsie et même l'aliénation mentale confirmée.

Tanzi (1), dans une étude curieuse, soutient que le délire vésanique n'est autre chose qu'une survivance d'idées, de sentiments, de croyances, etc., qui, éteints

(1) Tanzi. *Il folk-lore nella pathologia mentale*, Milano 1890, in *Rivista di Filosofia scientifica*.

depuis longtemps dans la race, dorment dans l'inconscient de chacun de nous et peuvent être réveillés par l'aliénation.

Nous ne prétendons pas discuter cette théorie psychiatrique du délire ; nous nous bornerons donc à démontrer que, quelle que soit la valeur de l'interprétation, celle-ci n'atteint pas, ne nuit en rien à la vérité, à la rigueur de l'observation faite, à savoir que les délires ne font rien de plus que de raviver ou répéter des phénomènes, des sentiments ou des croyances qui ont été parfaitement normaux aux époques lointaines ou dans des phases éloignées de l'évolution sociale.

« Le délire de persécution et surtout celui d'empoisonnement, dit-il (1), le délire religieux, le délire des grandeurs, le délire érotique sous ses deux formes, platonique et obscène, le délire hypocondriaque, ce qu'il y a de plus typique et de moins connu dans la paranoïa, tous leurs symptômes, en somme, se trouvent dès qu'on les cherche dans l'histoire des anciens et dans celle des sauvages. » Et l'auteur passe longuement en revue les équivalents normaux, aux temps passés, du délire d'empoisonnement, des délires religieux, érotique, hypocondriaque et des grandeurs, ainsi que des autres accidents vésaniques nombreux, tels que la logolatrie, les préjugés sur les nombres, les noms, les énigmes, le nomadisme, etc.

Il est tout naturel, par conséquent, que notre population rurale, composée en grande majorité de races inférieures où ces sentiments, ces croyances sont normaux, ait adhéré et se soit associée à la propagande politico-religieuse de l'aliéné. Et cela est si naturel que la croyance à la divinité d'Antonio Conselheiro et au mérite de sa mission politique n'a pas constitué un

(1) *Loc. cit.*, p. 9.

attribut exclusif de la tourbe qui l'entourait immédiatement et qui recevait son influence directe, mais qu'elle était aussi partagée par toutes les classes inférieures de la population et même par les soldats qui faisaient partie des expéditions envoyées pour combattre les fanatiques.

On ne peut prétendre que ceux-ci fussent autre chose que des convaincus, du moins en grande partie. Dans la tourbe qui suivait Conselheiro se trouvaient nécessairement tous ceux qu'il avait rencontrés en chemin et qui ont pu être incorporés dans sa bande, comme il y avait aussi des bandits et des criminels, gens tout aussi superstitieux en général, attirés là par la lutte à main armée que leur chef a soutenue pendant si longtemps.

Mais sans aucun doute il y aurait exagération à prétendre que des convaincus seulement composaient cette tourbe. Ces passionnés qui, pour suivre le fanatique, abandonnaient leurs foyers et leurs travaux, vendaient tous leurs biens pour en remettre le produit à Conselheiro et se soumettaient ensuite à une vie pénible et misérable, affrontaient tous les dangers et croyaient faire œuvre sainte en sacrifiant une existence dominée par une exaltation religieuse qui les poussait à se disputer les martyres et les souffrances terrestres, comme étant l'unique chemin qui pouvait les conduire à la félicité et à la jouissance célestes, qu'ils recherchaient avec une ferveur étrange en étouffant tous les sentiments naturels, même ceux de leur propre conservation et de l'amour paternel ; ceux-là étaient bien de vrais aliénés.

En présence de ces faits, il est impossible de ne pas admettre l'existence de la contagion, la communication d'une véritable aliénation mentale où chaque membre de la secte réfléchissait, selon son tempérament ou ses prédispositions névropathiques, l'influence délirante d'un

fou. Chez les dégénérés et les prédisposés de toute sorte, chez les névrosés et les aliénés déclarés, l'action suggestive d'Antonio Conselheiro ne s'est pas bornée à produire une simple conviction intime compatible avec la continuation de la vie et du travail ordinaires, comme l'a été la conviction de la grande masse de la population de l'État. Elle a provoqué un état délirant collectif, d'un caractère politico-religieux, doué d'une telle intensité qu'il a pu pousser les sectaires à tous les sacrifices.

C'est un véritable état de foule vésanique qui s'est formé dans cette secte de prédisposés, de détraqués et de fous dès que le gouvernement, en intervenant pour les disperser, leur a fourni une cause occasionnelle puissante.

La puissante influence qu'exercent ces associations sur la provocation de la folie collective est généralement connue.

« Le milieu une fois constitué, dit Dupain (1), les prédisposés de tous genres, souvent déjà en proie à une vésanie tranquille, qu'on peut désigner sous le nom de vésanie latente, parce qu'on ne s'en est pas encore aperçu, suivent l'impulsion psychologique, si l'on n'a pas soin de disperser les groupes plus ou moins compactes des délirants. Mais nulle part la contagion ne se manifeste d'une façon plus précise, plus rapide, que dans les cas d'hystéropathie et de délire hystérique. »

La folie du chef de cette tourbe a été, croyons-nous, suffisamment démontrée dans notre précédente étude, et elle plaide avec éloquence en faveur du diagnostic d'une psychose systématique primitive, du délire chronique de Magnan, par les circonstances suivantes : la longue durée du délire, ses transformations en phases bien

(1) Dupain. *Étude clinique sur le délire religieux*. Paris, 1888, p. 246.

distinctes, la systématisation correcte du délire, les hallucinations de l'aliéné.

Nous poussons plus loin aujourd'hui notre examen sur ce cas, en apportant de nouvelles preuves à l'appui de notre opinion.

A l'heure où nous achevions notre précédent article sur cette épidémie, une dépêche télégraphique nous annonçait la prise des Canudos. Antonio Conselheiro était mort quelques jours auparavant, et son cadavre avait été inhumé dans le sanctuaire d'une grande église en construction. L'ascension céleste du prophète avait été annoncée et promise, et la croyance à cette ascension avait pénétré dans l'esprit de la population.

Dans le but d'arrêter le développement de cette foi, comme aussi pour ne pas laisser croire à la fuite d'Antonio Conselheiro, les autorités firent exhumer son cadavre, établir son identité et procéder à l'autopsie. La tête fut détachée et le crâne me fut offert par le médecin en chef de l'expédition, le major D^r Miranda Curio. Elle se trouve actuellement au laboratoire de médecine légale de la faculté de Bahia.

Nous avons, M. le D^r Sá Oliveira, préparateur de médecine légale et moi, procédé à l'examen craniométrique de cette pièce.

Le crâne d'Antonio Conselheiro ne présentait aucune anomalie qui décelât des traces de dégénérescence : c'est un crâne de métis où s'associent des caractères anthropologiques de races différentes.

Nous n'en rapporterons ici, donc, que les indications les plus importantes.

C'est un crâne dolichocéphalique et mésorhynien, presque sans dents, et avec atrophie remarquable des arcades alvéolaires.

Il a une capacité de 1.670 c. c., qui, d'après la for-

mule $x = \frac{cc \times 0,87}{1}$, donne à l'encéphale un poids de presque 1.452 grammes.

Mesures du crâne.

	millimètres.
Diamètre antéro-postérieur maximum. . .	191 »
— transversal.	146 »
— vertical.	134 »
— frontal minimum.	100 »
— stéphanique.	121 »
— occipital maximum.	162 »
Courbe frontale sous-cérébrale.	18 »
— — cérébrale totale.	132 »
— pariétale.	132 »
— occipitale.	162 »
— horizontale totale.	553 »
— — antérieure.	252 »
— — postérieure.	301 »

Mesures de la face.

Longueur (due à l'atrophie des arcades alvéolaires).	87 »
Largeur bizygomatique.	140 »
Longueur du nez.	57 »
Largeur du nez.	27 »
Diamètre bigoniaque du maxillaire inférieur.	108 »
— bicondylien — — — — —	116 »

Indices.

Céphalique.	70.15
Nasal.	47.36

C'est donc un crâne normal.

Cette conclusion, qui est d'accord avec les renseignements recueillis sur l'histoire de l'aliéné, confirme le diagnostic de délire chronique à évolution systématique.

Dégénéré, Antonio Conselheiro était réellement fort suspect de l'être, en sa qualité de métis; à cause de cela, et dans l'impossibilité de l'examiner directement, nous avons cherché avec soin à refaire son histoire.

En ce qui touche les antécédents héréditaires d'Antonio Maciel, on sait qu'il était issu d'une famille Céa-

rense vaillante et belliqueuse, qui fut pendant longtemps engagée dans une de ces luttes d'extermination, très fréquentes dans l'histoire de nos Sertoês (1), entre des familles puissantes et rivales. Au cours de ces luttes, ses ascendants ont donné des preuves d'une grande bravoure, et souvent de cruauté raffinée. Mais, ainsi que j'ai cherché à l'établir, ces luttes sont la conséquence de l'état social de la population inculte des centres du pays, et pour les expliquer il n'est pas nécessaire de faire appel à une intervention vésanique. C'est de ces qualités héréditaires que proviennent sans doute les tendances, le tempérament belliqueux que la folie a mis en relief chez Antonio Conselheiro.

Deux versions ont cours sur les traits particuliers de son enfance.

Selon la première, il était indocile, rebelle, et d'une insubordination enfantine ; il était également cruel et animé des plus mauvais sentiments. Cette version paraît avoir été fabriquée tout exprès, pendant ces derniers temps, dans le but de faire de ce fou un type de dégénéré psychique. D'après l'autre version, il aurait montré une grande tranquillité de caractère, un esprit docile, quoique dissimulé peut-être, ce qui est d'accord avec ce que nous savons relativement à la protection dont, à la mort de son père, il a couvert ses sœurs, qui ont vécu avec lui jusqu'à leur mariage.

La lutte à Canudos s'étant prolongée jusqu'à la mort d'Antonio Conselheiro, on n'irait pas croire que le fou en fut le directeur, même dans la période terminale ou de démence de sa psychose.

Pendant les derniers temps de son existence, Antonio Conselheiro vivait, en fait, à l'écart de la direction du gouvernement local et entièrement livré à son rôle de

(1) Sertoês, c'est-à-dire l'intérieur, les centres du pays.

Christ ou émissaire divin. Comme on l'a vu déjà en 1895, lors de la visite des Capucins, il était toujours surveillé par ses disciples, qui formaient une garde constante autour de lui. En réalité, ils géraient, les uns les affaires de la guerre, les autres, celle de l'administration intérieure et civile, d'autres enfin, qui le serraient également de près, lui servaient d'acolytes dans les cérémonies du culte.

L'impulsion une fois donnée et la secte organisée comme elle l'était, Antonio Conselheiro a fini par ne plus être que l'idole, la divinité; les œuvres du fanatisme et la lutte provoquée par lui étaient spécialement réservées à la tourbe, aux sectaires.

L'intervention des délirants chroniques dans la constitution des épidémies de folie politico-religieuse est un fait notoire en matière de psychiatrie, et à beaucoup d'égards l'observation d'Antonio Conselheiro reproduit des traits des observations de Vintras, Riel, etc., résumées dans l'excellente thèse de Prouvost (1).

L'observation suivante est encore plus probante que la précédente :

OBS. V. — *L'hécatombe de Pedra-Bonita, à Pernambouc.*

Dans la partie centrale de l'État de Pernambouc se trouve la comarca (district, commune) de Flores, sur le territoire de laquelle s'élèvent deux roches isolées de structure fort singulière, représentant deux hautes colonnes d'environ 30 mètres de hauteur qui auraient été érigées l'une à côté de l'autre, et qui rappellent les pierres levées préhistoriques ou les dolmens druidiques. La comarca de Flores fut, en 1838, le théâtre d'une sanglante tragédie due à la présence de ces deux colonnes naturelles, et ayant pour acteurs une foule possédée du plus violent délire religieux.

(1) Prouvost. *Le délire prophétique*. Bordeaux, 1896.

Un métis nommé João Santos commença, en 1836, à faire circuler une nouvelle d'après laquelle ces deux pierres indiquaient exactement l'endroit où se trouvait un pays enchanté, qui recélait des richesses fabuleuses, et sur lequel devait régner dom Sébastien, le célèbre roi de Portugal, mort en Afrique, dont la mémoire a été pendant si longtemps l'objet des légendes les plus invraisemblables de la part des Portugais, aussi bien de ceux qui habitaient le Portugal que de ceux qui résidaient au Brésil. Ces deux colonnes devaient être les tours d'un temple grandiose enchanté, et déjà partiellement visible.

Muni de deux petites pierres communes, de forme étrange et fort curieuse, João Santos se mit à parcourir le pays en affirmant à la population que c'étaient deux pierres précieuses retirées d'un étang également enchanté. Il parvint à produire une forte impression sur l'esprit de cette population rustique, déjà naturellement prédisposée, par la singulière disposition des roches et par une nuance argentée qui donnait de l'éclat à la plus élevée, *a pedra bonita* (la pierre jolie), comme on l'appelait. L'idée d'une intervention surnaturelle fut facilement acceptée, et les esprits s'agitèrent.

L'autorité ecclésiastique, cherchant à rétablir le calme, réussit à faire partir le métis, qui se retira dans un endroit éloigné de Flores. Mais les croyances et la superstition continuèrent à s'enfler et à captiver de plus en plus l'esprit du peuple, de sorte que moins de deux ans après, un autre métis nommé João Ferreira, beau-frère du premier et son préposé, parvint à réunir dans la localité trois cents personnes environ, dans le but de provoquer le désenchantement du royaume. Il se maintint là pendant près de deux mois, se livrant à d'étranges pratiques religieuses mêlées à des orgies les plus échevelées où prédominaient la satisfaction des instincts sexuels au sein de la plus révoltante promiscuité. On employait tous les moyens pour exciter de plus en plus le courage de ce groupe. On priait continuellement, on mangeait peu, on buvait beaucoup de boissons stimulantes, on dansait, on attendait, enfin, en proie à une exaltation extrême et croissante, le grand événement, le désenchantement avant lequel aucun soin personnel n'était permis, pas même ceux que recommandent l'hygiène du corps, pas même le changement de linge.

Dans les harangues, dans les sermons adressés à la foule, l'orateur énumérait les richesses dont tous allaient être témoins ; le roi terminait invariablement son discours en affir-

mant que, pour obtenir le désenchantement, il fallait du sang pour arroser les pieds des deux colonnes ainsi que les champs voisins. Les promesses les plus séductrices étaient faites à ceux qui se prêteraient au sacrifice ; les nègres et les métis deviendraient blancs, les vieux rajeuniraient, les pauvres seraient tout à coup millionnaires, puissants, immortels !

Le 14 mai, le roi déclara que le jour du sacrifice, le grand jour, s'était enfin levé, et les voilà tous à se disputer la mort, s'offrant volontairement à l'exécution, dont devaient se charger deux métis, Charles et José Vuirá. Le premier qui alla embrasser la pierre et offrir spontanément sa gorge au couteau, fut le père du soi-disant roi. D'autres en grand nombre suivirent son exemple, s'offrant personnellement ou offrant leurs enfants au sacrifice. Un vieillard monte sur la roche en tenant ses deux petits-fils dans ses bras ; arrivé à une hauteur de dix mètres, il se précipite dans l'espace. Les deux enfants succombent après la chute. Une veuve immole deux de ses enfants et s'exaspère de ne pouvoir faire subir le même sort à ses deux fils aînés qui avaient pris la fuite. Une des belles-sœurs du roi est sacrifiée ; elle était dans un état de grossesse si avancée, qu'elle accoucha au moment de l'exécution. Le roi lui-même immole sa femme en la lardant de coups de poignard. Les sacrifices continuent les 15 et 16 ; ils sont enfin parvenus à baigner les bases des rochers avec la rosée sanglante ; trente enfants, douze hommes, onze femmes avaient été immolés, quatorze chiens avaient été tués, pour obtenir ce résultat. Les cadavres furent placés au pied des roches en groupes symétriques selon le sexe, l'âge et la qualité des victimes.

Dans la matinée du 17, un beau-frère du roi, nommé Pedro Antonio, frère du premier apôtre, João Antonio, gravit tout à coup les marches d'un trône improvisé, d'où il déclara qu'il ne manquait plus, pour désenchanter le royaume, que le sang du roi, João Ferreira, qui prit peur. Malgré la lâcheté dont il fit preuve, il fut mis immédiatement à mort.

Ses grimaces, ses contorsions, ses mouvements désespérés étaient tels, que, dit-on, on dut lui briser le crâne pour s'assurer qu'il était bien mort, et qu'il fallut lier et suspendre son cadavre à deux arbres voisins. Le fait est étrange, mais non impossible. La persistance des mouvements sur des cadavres de cholériques a été constatée, et est chose connue.

Les principales scènes de cette tragédie ont été reproduites, d'accord avec des informations précises, dans un croquis de

l'endroit fait par un missionnaire qui, deux mois après les événements, a visité les lieux et fait inhumer les dépouilles des victimes.

Le 18, les cadavres étaient dans un état de putréfaction tellement avancée, que la tourbe dut se retirer dans un endroit voisin. Ils étaient en train d'y construire de petites cabanes, lorsqu'ils furent attaqués par une expédition organisée à la hâte par l'autorité la plus rapprochée. Mais, au lieu de se rendre aux représentants de la loi, ils leur opposèrent la plus énergique et la plus opiniâtre résistance, engageant au son des litanies et de cantiques religieux un combat acharné où périrent vingt-deux personnes, parmi lesquelles le roi et les chefs les plus influents. On s'empara des autres, qui furent remis à l'autorité judiciaire : un des plus influents survivants fut condamné aux galères perpétuelles. Le métis João Antonio, qui avait initié la propagande, s'enfuit après la catastrophe ; repris un peu plus tard, il fut assassiné par les soldats de police qui l'escortaient, sous le prétexte que ceux-ci, étant atteints de malaria, pourraient succomber, et faciliter par suite l'évasion du prisonnier.

Nous sommes en présence d'un cas où les caractères de l'épidémie vésanique à fond religieux sont si manifestes et évidents qu'une complète ignorance de la psychologie morbide peut seule justifier la rigueur pénale avec laquelle ont été frappés quelques-uns des survivants, et la violence qu'apportent ceux qui se sont occupés de l'affaire pour stigmatiser la perversité supposée de ces fanatiques.

Ici, plus que dans toute autre circonstance, le développement de l'égarement morbide de cette population peut être rigoureusement attribué à l'exaltation du mysticisme d'une réunion de métis psychologiquement mal équilibrés, par l'évocation violente des sentiments et des croyances ataviques des races inférieures dont ils étaient issus.

La litholâtrie des Indiens américains et des nègres africains, encore en pleine activité chez nous, doit être considérée comme un legs transmis directement par

hérédité à leurs descendants, purs ou métis. La disposition insolite de ces pierres, dont la ressemblance avec les menhirs frappe naturellement l'esprit, ne sollicitait pas seulement les sentiments fétichistes de l'élément indigène et négro ; mais encore elle se liait admirablement avec les tendances superstitieuses de la race blanche qui ajoute une foi aveugle aux enchantements et aux transformations en pierre.

Mais ce ne sont pas seulement les manifestations d'un sentiment religieux encore très inférieur qui, dans cette population, allaient se trouver aussi superficiels, aussi peu couverts et peu dominés par les sentiments plus purs et délicats d'une civilisation et d'une culture supérieures. C'est aussi la tendance sanguinaire, ce sont les instincts cruels de la plus sauvage absence de pitié que possèdent normalement, aujourd'hui encore, lorsqu'elles sont livrées à elles-mêmes, les races inférieures ou leurs descendants directs qui constituent les populations mélangées.

Dans l'horrible hécatombe de Pedra-Bonita, le délire vésanique n'a rien créé ; il a tout au plus réveillé des tendances et des instincts de cruauté non éteints, mais simplement endormis. Elle ne dépasse pas en cruauté les festins anthropophagiques des Indiens ni la fureur destructrice des sacrifices humains pratiqués dans les fêtes religieuses de la Côte d'Afrique d'où proviennent nos nègres en grande partie.

On peut comparer ce fait à la description faite par Bouche des massacres dont il a été témoin en Afrique.

« Les années, dit-il (1), où les coutumes anciennes se célèbrent avec pompe, on construit une case funéraire en l'honneur des rois du Dahomey ; or, le mortier qui

(1) Hovelacque. *Les nègres de l'Afrique sus-équatoriale*. Paris, 1889, p. 104.

sert à bâtir cette case, doit être pétri avec du sang humain et de l'eau-de-vie, et pas une goutte d'eau ne peut y entrer. Gréré ne se contenta pas de massacrer assez d'hommes pour la construction de la case, il procura encore au peuple le plaisir barbare de voir immoler un plus grand nombre de victimes.

« Toutes avaient un bâillon à la bouche, afin que les accents de leur douleur ne troublassent pas la fête ; on s'ingénia ensuite à inventer les tortures les plus cruelles ; quelques prisonniers furent placés sous des trappes très lourdes et armées de pointes de fer ; d'autres furent crucifiés, quelques-uns eurent leurs jambes repliées sur la poitrine, et, après les avoir enfermés dans des sacs ne laissant que la tête dehors, on les suspendit à des arbres par les pieds. Les vautours, attirés par l'odeur du carnage, arrivaient en foule, les déchiraient petit à petit, et les dévoraient tout vivants.

« Il y eut de malheureuses victimes qui furent enfermées dans des paniers et précipitées du haut de l'estrade royale ; la multitude les attendait en chantant, en dansant et en hurlant, et dès qu'une corbeille était jetée, tout le monde se pressait, se bousculait et se la disputait ; celui qui parvenait à se saisir de la tête du supplicié s'efforçait de la séparer du tronc avec ses ongles et avec quelque mauvais couteau, la rapportait au roi et recevait en échange une piastre de couris (environ 1 fr. 50). »

(*A suivre.*)

SUICIDE ET FOLIE

Par le Dr VIALLO

Médecin-adjoint de l'asile de Bron.

Les *Annales médico-psychologiques* ont bien voulu insérer notre mémoire « Suicide et folie », auquel l'Académie de médecine a accordé le prix Lorquet, en 1900. C'est surtout un travail clinique dans lequel, par conséquent, les observations occupent une place prépondérante ; malheureusement, nous avons dû en retrancher beaucoup et résumer les autres le plus possible pour ne pas abuser de l'hospitalité qui nous est si gracieusement offerte.

Notre étude se divise en deux parties :

1° Influence des troubles mentaux dans le suicide ; considérations générales préliminaires.

2° Le suicide et les idées de suicide chez les aliénés ; objet principal de notre mémoire.

PREMIÈRE PARTIE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES PRÉLIMINAIRES.

Pour beaucoup d'auteurs, l'histoire étiologique et pathologique du suicide appartient tout entière à la médecine mentale. L'instinct qui nous rattache à l'existence, si misérable soit-elle, paraît tellement puissant qu'on ne saurait admettre le suicide qu'accompagné d'une perturbation de l'intelligence. « Je crois avoir

démontré, dit Esquirol (1), que l'homme n'attente à ses jours que lorsqu'il est dans le délire, et que les suicidés sont aliénés. » « La vie, dit Georget (2), quelque pénible qu'en soit souvent le cours, est rarement assez depourvue d'attraits, pour que l'homme raisonnable s'en délivre ; c'est ou un état de folie véritable, ou des commotions morales très fortes, susceptibles elles-mêmes de déranger l'esprit, qui causent presque tous les suicides. Le désir et l'action de se détruire sont donc rarement produits par l'ennui, le dégoût de vivre, le mépris de l'existence, froidement calculés, médités, longtemps d'avance par une tête saine. L'homme bien portant, qui, pour une cause morale, cherche à s'ôter la vie, commet très souvent le premier acte du délire ; c'est un moment de désespoir pendant lequel les facultés intellectuelles se sont exaltées, altérées d'une manière quelconque ». Falret (3) a émis la même opinion. Pour Bourdin (4), le suicide est toujours une monomanie : « Quelques-uns de mes adversaires m'accordent que, dans l'immense majorité des cas, le suicide se rattache à la folie ; mais, soit fausse crainte, soit inattention, soit routine, soit préoccupation d'esprit, soit conviction sincère, ils ajoutent que, dans certains cas, il n'y a pas le moindre trouble cérébral. Tout cela n'est que théorie, car cette opinion n'a pas pu s'autoriser, que je sache, d'un seul fait probant et positif. A plusieurs reprises et à plusieurs personnes, j'ai demandé un seul fait contradictoire et jusqu'à présent on n'a pas pu me le fournir. Ne suis-je pas autorisé à rester dans mon opinion ? »

(1) Esquirol. *Traité des maladies mentales*.

(2) Georget. *De la folie*, Paris, 1820, p. 112 et 113.

(3) Falret. *De l'hypochondrie et du suicide*.

(4) Bourdin. Mémoire à la Société médico-pratique de Paris (séance du 25 mars 1845). — Le suicide est-il toujours le résultat d'un trouble de l'esprit ? In *Ann. méd.-psych.*, 1845, p. 41.

Certains auteurs anglais, Forbes Winslow (1), Davey (2), Strahan (3), en particulier, admettent aussi que l'acte suicide est un signe ou une indication d'un désordre du cerveau et proposent que toute tentative soit considérée comme une preuve évidente de folie dangereuse et comme un motif suffisant de séquestration.

Quelques auteurs, Etoc Demazy (4), Cerise (5), Belhomme (6), Chereau (7), Brierre de Boismont (8) et, plus récemment, Palmer (9), Gray (10), se sont élevés avec force contre une théorie aussi exclusive. Pour Gray d'ailleurs, le suicide serait le plus souvent commis par des personnes saines d'esprit.

La plupart des auteurs contemporains, parmi lesquels

(1) Forbes Winslow. Du suicide et des verdicts du meurtre de soi-même. *Journal of psychological medicine*, 1850.

(2) Davey. Mémoire à l'Association médico-psychologique, *Mental science*, 4^e trim. 1894.

(3) Strahan. Nécessité d'une législation sur le suicide. *Journal of mental science*, octobre 1894.

(4) Etoc Demazy. Recherches statistiques sur le suicide, appliquées à l'hygiène publique et à la médecine légale, analysé in *Ann. méd.-psych.*, 1844, p. 495. — Sur la folie dans la production du suicide. *Ann. méd.-psych.*, 1846, p. 338.

(5) Cerise. Société de médecine pratique (séance du 28 avril 1845).

(6) Belhomme. Mémoire lu à la Société de médecine pratique 2 avril 1845.

(7) Chereau. Considérations sur le suicide. *Union médicale*, juin 1849. « Supposer que tous les individus qui se tuent sont des fous dans toute l'acception du terme, et par conséquent irresponsables de leurs actes, c'est émettre une opinion insoutenable et combattue victorieusement par le raisonnement et par les faits. »

(8) B. de Boismont. Recherches statistiques sur le suicide dans la folie. *Ann. d'hygiène publique et de méd. légale*, 1^{er} trim. 1850. — Recherches statistiques sur l'étiologie du suicide, Paris, 1850. — Du suicide dans l'antiquité, au moyen âge et dans les temps modernes, in *Ann. méd.-psych.*, 1851, p. 1. — Analyse des derniers sentiments exprimés par les suicidés dans leurs écrits. *Ann. méd.-psych.*, 1851, p. 353. — Des rapports de la folie suicide avec l'homicide, *Ann. méd.-psych.*, 1851, p. 626. — Suicide et folie suicide. Paris, 1865.

(9) Palmer. *American journal of insanity*, juillet 1878.

(10) Gray. *American journal of insanity*, juillet 1878.

Griesinger, accordent la plus grande part à la folie. « Quand, dit Griesinger, un individu qui a des sentiments délicats se tue, afin de ne pas survivre à la perte de son honneur ou d'un autre bien élevé qui fait partie de son existence individuelle, quand un homme préfère la mort à une vie misérable, honteuse, toujours agitée par des souffrances morales ou physiques qui se renouvellent sans cesse, la morale a peut-être à lui demander compte de son acte; mais il n'y a aucun motif pour que l'on tienne cet homme pour fou... Mais les faits de cette catégorie sont les plus rares . »

Nous nous rangeons volontiers à cette dernière opinion qui considère la folie comme la cause la plus importante, mais non exclusive, du suicide et nous essayerons de l'appuyer par quelques considérations générales.

Le nombre des suicides augmente progressivement chaque année et dans chaque pays sans qu'il soit possible de faire intervenir, pour expliquer cet accroissement rapide, des perturbations économiques, politiques ou religieuses. Au contraire, le bien-être matériel a plutôt augmenté; les œuvres de prévoyance, les caisses de secours mutuels, les diverses fondations philanthropiques individuelles ou de l'Etat assurent de plus en plus l'existence du travailleur âgé. Dans les statistiques, l'élément misère ou maladie n'est pas une cause aussi fréquente qu'on le croirait *a priori*. Les polémiques politiques et surtout religieuses paraissent exercer sur les esprits une influence de moins en moins marquée.

Mais, d'un autre côté, l'excitation cérébrale a acquis, à notre époque, une intensité jusqu'alors inconnue; la recherche du bien-être, la satisfaction des appétits ont une part de plus en plus prépondérante dans l'existence de chacun; les notions de morale s'affaiblissent, le « *struggle for life* » est à son apogée, peu de personnes

acceptant cette « *aurea mediocritas* » vantée par le poète. Les déceptions sont ainsi plus nombreuses et plus cruelles, la misère plus insupportable, la subordination plus pénible. Les habitudes d'intempérance et de débauche conduisent facilement au dégoût de l'existence, au crime et au suicide. De son côté, l'instruction plus largement et indistinctement répandue, contribue à faire délaisser les emplois manuels, l'agriculture, à exciter les appétits et à créer, en définitive, des mécontents, des déclassés, des surmenés, victimes désignées pour la folie ou le suicide (1).

Tout suicide n'est pas lié inévitablement à la folie ou à l'affaiblissement mental. Nombre de suicidés, en effet, font preuve d'une lucidité d'esprit remarquable; ils succombent sous les coups de la fatalité, et, s'ils abandonnent la lutte, c'est le plus souvent pour ne pas accepter une situation qu'ils jugent déshonorante ou pour éviter à leur famille un scandale public; d'autre part, certains individus, atteints d'affections incurables et douloureuses, trouvent, dans la mort, un terme à tous leurs maux.

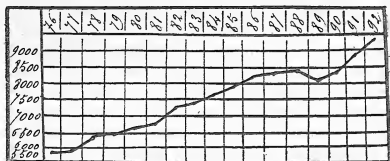
Mais à côté de ceux-là, qui pour nous forment la minorité, combien n'y en a-t-il pas chez qui le suicide ne paraît pas légitime? Il est accompli pour des motifs futiles, sous des influences passionnelles ou ébriuses

(1) Sur la distribution des suicides en Angleterre et dans le comté de Galles pendant les années 1856, 57, 58. Les auteurs remarquent que la moyenne des suicides s'abaisse à mesure que le flot de l'ignorance monte. B. de Boismont avait fait la même réflexion, et dit que l'instruction qui n'est pas fécondée par des commentaires sur les devoirs de l'homme envers la société et lui-même, ne remplit pas le but qu'on se propose.

Certaines statistiques récentes, en France et en Italie, arrivent aux mêmes conclusions. Consulter sur l'influence du surmenage dans les écoles, Kjelberg (Congrès de Bruxelles, 1880, et Congrès de Copenhague, 1884); Lagneau (Acad. de méd., avril 1886), Dally (Société de méd. publique).

qui paraissent avoir amoindri leur libre arbitre. Combien de suicidés ne sont-ils pas des neurasthéniques, des déséquilibrés, des héréditaires !

De 5.802 en 1876, le nombre des suicides en France s'est élevé progressivement à 6.638 en 1880, à 7.982 en 1885, à 8.410 en 1890 et à 9.285 en 1892. Sauf une légère rémission en 1889, où ce chiffre tombe à 8.110, le nombre des suicides s'accroît d'une façon continue. Le graphique ci-joint, où sont indiqués les suicides en France de 1876 à 1892, montre bien la courbe ascensionnelle pendant ces dix-sept années (1).



Cet accroissement n'est pas particulier à la France, on le constate aussi dans la plupart des pays étrangers. Ainsi, en Russie, de 1860 à 1886, les suicides ont augmenté de 76 p. 100, tandis que la population s'est accrue de 8 p. 100 seulement. En Italie, le chiffre des suicides, qui était de 1.459 en 1875, s'est élevé à 1.652 en 1890 et à 1.710 en 1891, pour arriver à 1.874 en 1895 et à 1.983 en 1896 (2). En ce qui concerne la Grande-Bretagne, John Sibbald (3) donne le tableau suivant :

(1) En 1843, il y a eu en France 3.020 cas de suicide ; en 1844, 2.975 ; en 1845, 3.084.

(2) *Revue scientifique*, p. 415.

(3) John Sibbald. Recherches sur le suicide en Grande-Bretagne, in *Arch. de neurologie*, 1897, p. 393.

Périodes.	Moyenne annuelle par million d'habitants.	
	Angleterre et pays de Galles.	Écosse.
1865-1869.. . . .	67	40
1870-1874.. . . .	67	34
1875-1879.. . . .	72	45
1880-1884.. . . .	75	50
1885-1889.. . . .	79	59
1890-1894.. . . .	86	54

Dans les différentes statistiques (France et étranger), les suicides attribués à l'aliénation mentale occupent la place la plus importante.

Legoyt (1) indique les chiffres suivants pour les années antérieures à 1878 :

Pays.	Hommes. p. 100.	Femmes. p. 100.
Prusse.	20.3	39.2
Saxe.	26.59	48.4
Autriche (Vienne).	8.2	10.5
Belgique.	41.22	51.94
France.	29	44
Italie.	16.30	27.5
Suède.	39.7	51.7
Norvège.	17.9	28.4

On voit les écarts notables qui existent entre ces différents pays. Ainsi, en Italie, nous ne trouvons que 16,3 p. 100 pour les hommes et 27,5 p. 100 pour les femmes, tandis qu'en Belgique la proportion s'élève à 41,22 p. 100 pour les hommes et à 51,94 p. 100 pour les femmes. Des écarts si considérables ne peuvent s'expliquer, à notre avis, que par le plus ou moins de soin qui a présidé à la recherche des motifs des suicides dans ces pays.

Depuis 1878, en France, la proportion des suicides

(1) Legoyt. Article « Suicide », in *Dictionn. encyclopédique des sciences médicales*.

attribués à l'aliénation mentale subit des oscillations annuelles, souvent fort importantes, mais se maintient, en général, à un chiffre un peu inférieur à celui indiqué par Legoyt (28 p. 100 pour les deux sexes).

Les statistiques publiées par l'administration judiciaire ne doivent inspirer qu'une confiance médiocre. On comprend que l'affection mentale qui a poussé un individu au suicide peut parfaitement passer inaperçue, si cet individu surtout était atteint seulement de mélancolie simple, de déséquilibre mental, d'affaiblissement intellectuel sénile..., s'il n'avait pas encore attiré l'attention de ses voisins et, surtout, si le développement de sa mélancolie était lié à quelque cause morale, réelle, telle que la perte d'un parent, d'une somme d'argent, la misère, etc. Les enquêtes de la police sont impuissantes à mettre ces points en lumière. On peut ajouter aussi que l'attention des agents de l'autorité n'est pas attirée tout particulièrement sur l'existence de troubles mentaux toujours possibles. Le point essentiel à connaître est de savoir s'il y a eu crime ou suicide. Il faut aussi compter sur la dissimulation des parents, peu désireux d'avouer la folie d'un des leurs et mettant le plus souvent le suicide sur le compte de l'alcoolisme, de peines morales, de douleurs physiques, d'un accès de fièvre, etc.

C'est dire que les statistiques sont forcément incomplètes et indiquent des résultats bien au-dessous de la réalité.

Pendant que le nombre des suicides s'élève de 5.804, en 1876, à 9.285, en 1892, le nombre des aliénés augmente d'une façon parallèle. Lunier (1) donne le tableau suivant :

(1) Lunier. Du mouvement de l'aliénation mentale en France. *Ann. méd.-psych.*, septembre 1884.

Années.	Aliénés.	Années.	Aliénés.
1876. . .	43.333	1880. . .	47.463
1877. . .	43.951	1881. . .	48.080
1878. . .	45.665	1882. . .	49.012
1879. . .	46.530		

NOTA. — Dans ce tableau sont compris les aliénés soignés à domicile.

Nous regrettons de ne pouvoir continuer ce tableau jusqu'à ces dernières années, le Ministère du commerce, qui centralise tous les documents sur le mouvement des aliénés, jugeant à propos de ne jamais les publier. Mais à en juger par l'encombrement toujours croissant dans les asiles, il est permis de croire que le nombre des aliénés augmente chaque année dans de fortes proportions.

A Saint-Pétersbourg, dans la période de 1869 à 1873, les suicides ont augmenté de 65 p. 100 et les cas de folie de 35 p. 100; mais dans ce dernier chiffre ne sont entrés que les cas constatés officiellement.

Cet accroissement parallèle entre le nombre des suicides et celui des aliénés semble bien indiquer la part prépondérante de la folie dans le suicide.

Nous pourrions de même faire certains rapprochements intéressants : montrer que les suicides sont bien plus fréquents au printemps et en été, ainsi que cela se passe pour les accès d'aliénation mentale; que, d'autre part, si l'on considère les différents âges des suicidés, on peut les juxtaposer, pour ainsi dire, aux âges des malades internés. Il nous paraît suffisant d'indiquer ces différents points et d'en faire ressortir l'importance au point de vue du sujet spécial qui nous occupe.

— En dehors des cas de suicide attribués à la folie dans les statistiques officielles, on peut encore faire rentrer dans le cadre de l'aliénation mentale la presque totalité des suicides par alcoolisme, la plupart des suicides

d'enfants et de vieillards, certains suicides passionnels, et bon nombre de morts volontaires qui, par leur originalité ou la puérilité des mobiles, indiquent une déséquilibre certaine de la part de leurs auteurs.

Si l'alcool peut être considéré comme le grand pourvoyeur des asiles d'aliénés, puisque certains auteurs admettent la proportion de 1/9 à 1/3 des personnes reçues dans les asiles, « sans comprendre ces ivrognes invétérés, en pleine décadence physique et intellectuelle, et qui, au détriment de la famille, de la moralité et de la sécurité publiques, circulent encore librement », on peut admettre qu'en ce qui concerne le suicide son influence est des plus importantes. Voici quelles sont à ce sujet les indications fournies par l'administration judiciaire en France.

Nous empruntons au remarquable rapport de Claude (des Vosges) les chiffres suivants pour les années antérieures à 1885 :

Années.	Suicides par alcool.	Proportion pour l'ensemble.
1861 à 1865.	439	9.05
1866 à 1870.	646	14
1871 à 1875.	564	11
1876 à 1880.	799	12.6
1884.	809	11
1885.	868	11

De 1885 à 1892, le nombre des suicides dus à l'alcoolisme s'accroît encore pour atteindre le chiffre de 927 en 1892; mais la proportion sur l'ensemble des suicides reste à peu près stationnaire, oscillant entre 10 et 12 p. 100.

Dans les pays du Nord, où les habitudes d'intempérance sévissent avec une plus grande intensité, les suicides dus à l'alcoolisme sont naturellement plus nombreux. Les D^{rs} Ponomarew et Hübner, étudiant les causes principales du suicide à Saint-Petersbourg, en

1885, ont constaté que dans 298 cas, il y en avait 114 provenant de l'abus des spiritueux et 112 de l'aliénation mentale; le désespoir par suite de maladies incurables a fait 21 victimes et les malheurs d'autre nature, seulement 15.

Le suicide, peu commun parmi la population noire des Etats-Unis, augmente chaque année depuis que l'introduction des spiritueux se fait sur une plus vaste échelle. L'aliénation mentale suit aussi un mouvement ascendant, tant il est vrai qu'il est difficile de séparer l'alcoolisme de la folie.

Lunier, étudiant l'alcoolisme dans chaque département en particulier, avait été frappé du nombre considérable de suicides dans les départements de la Seine, du Calvados, de la Manche, de la Somme, qui consomment le plus d'alcool, et du développement absolument parallèle de la folie et de la criminalité (1).

L'alcoolisme, en effet, se rattache si étroitement au suicide et à la folie, qu'en Norvège, par exemple, le nombre des suicides diminue de 9 p. 100, par suite d'une nouvelle législation contre l'ivresse, et l'aliénation mentale ainsi que la criminalité diminuent aussi dans la même proportion.

Ainsi, l'alcool mène à la folie, pousse au crime et au suicide. Les faits divers des journaux sont pleins de drames où l'on voit un individu, sous l'influence de libations copieuses, se souvenir de griefs, parfois puérils, articulés contre une personne, se les exagérer, et, impuissant à se dominer, tuer dans un moment d'exaltation morbide, puis, son crime accompli, retourner l'arme meurtrière contre lui-même.

(1) Voir aussi d'autres statistiques sur l'influence de l'alcoolisme dans le développement de la folie (France et étranger) dans les *Comptes rendus du Congrès international de l'alcoolisme* en 1889.

L'abus prolongé des spiritueux, en outre qu'il est pour beaucoup une source de misère, de dégradation physique, qu'il amène des récriminations incessantes dans le ménage, le dégoût du travail, agit aussi sur le cerveau de l'individu en affaiblissant peu à peu ses facultés, son sens moral, diminuant ses aptitudes professionnelles, créant chez lui une déviation morbide des sentiments, caractérisée par une irritabilité anormale avec tendance à la dépression mélancolique et aux idées de jalousie et de persécution.

L'alcool porte ainsi de graves atteintes à la moralité, à l'intelligence et à la santé physique, et lorsque plusieurs facteurs, misère, chagrins, se trouvent unis à l'alcoolisme, il n'est pas rare de voir l'individu succomber au suicide, ce qu'il n'aurait pas fait, si ses facultés n'eussent été amoindries par l'alcool.

Nous nous croyons donc autorisé à faire légitimement rentrer dans le cadre de la folie la plus grande partie des cas de suicide relevant de l'alcoolisme. La perturbation de l'intelligence est hors de doute. De plus, ces individus alcooliques se rattachent le plus souvent aux aliénés par leurs tares héréditaires et rentrent dans la catégorie des dégénérés. « Ne devient pas alcoolique qui veut », dit Lasègue.

Si l'on cherche à analyser les mobiles qui ont porté les alcooliques à attenter à leurs jours, on est le plus souvent étonné de n'en rencontrer que de futiles, de se trouver en face d'idées mélancoliques ou de conceptions bizarres écloses sous les fumées de l'alcool : tel se tue après une légère discussion avec sa femme ; tel autre, parce qu'un ami ne veut pas lui prêter quelques sous pour aller de nouveau au cabaret ; un troisième, froissé de ce que le débitant refuse de lui servir encore à boire, va se pendre dans un hangar qui était près de là...

Parmi tous ceux que l'on pourrait considérer comme

jouissant de leur libre arbitre dans le suicide, combien n'y en a-t-il pas encore qui n'ont qu'une conscience imparfaite du fait qu'ils vont accomplir !

Que penser du suicide des enfants ? Dans tous les pays, le nombre de ces suicides augmente chaque année. En Prusse, de 1884 à 1888, on a compté 231 cas de suicides parmi les enfants fréquentant les écoles : 41 cas en 1884, 40 en 1885, 44 en 1886, 54 en 1887 et 56 en 1888. En France, de 1836 à 1880, la progression générale du suicide pour tous les âges réunis a été de 2.574 à 6.259, c'est-à-dire de 243 p. 100, pendant que celle des mineurs était d'environ 200 p. 100. Mais, de 1881 à 1893, alors que le nombre total des suicides s'élevait de 6.741 à 9.703, augmentant de 153 p. 100 en quatorze ans, celui des suicides des mineurs s'accroissait de 176 p. 100, devançant la marche si accélérée et si effrayante des adultes (1).

Années.	Moins de 16 ans.	De 16 à 21 ans.
1886..	62	324
1888..	65	383
1889..	77	392
1890..	80	358
1891..	73	395
1892..	87	475

Quels sont les mobiles qui ont poussé ces enfants et ces adolescents à mettre fin à leurs jours ? Le plus souvent ils sont puérils. Ainsi, dans la statistique de la Prusse citée plus haut, on trouve que dans 80 cas le mobile a été la crainte d'une punition ; dans 19, le déboire d'une ambition déçue, d'une composition mal faite ; dans 16, la peur d'un examen ; dans 28 cas, la folie ; 5 cas ont été attribués à l'amour, et dans 93 cas on n'a pu trouver de motif.

(1) En 1845, il y avait seulement 20 suicidés de moins de seize ans et 123 de seize à vingt et un ans.

On lit souvent dans les journaux des faits de ce genre :

« A la suite de reproches que lui adressait sa mère, le jeune Eugène P..., âgé de onze ans, s'est pendu à l'aide de guides qu'il avait passées à la poutre d'un hangar. Il n'y avait que quelques minutes que M^{me} P... avait admonesté le petit Eugène, lorsque son autre enfant vint la prévenir qu'il avait découvert le cadavre de son frère (1). »

« Le jeune B..., âgé de neuf ans, était l'objet d'une réprimande de la part de sa mère. Aussitôt, le galopin se rendit au quai Montebello et se jeta à l'eau (2). »

« Quant à l'acte lui-même, dit Ritti (3), il s'accomplit généralement chez les enfants avec ce caractère de soudaineté, d'instantanéité qu'on observe chez les hystériques, les cérébraux, les imbeciles. Aussi est-on en droit de se demander si tous ces jeunes sujets qui se suicident et dont on fait souvent tant de bruit dans les journaux, ne sont pas le plus souvent ce que dans le langage de la médecine mentale on appelle des insuffisants, des dégénérés, en un mot, des héréditaires ou des cérébraux. »

De leur côté, les vieillards fournissent au suicide un contingent respectable, puisque nous voyons qu'à partir de soixante ans, ils sont dans la proportion moyenne de 35 p. 100 sur l'ensemble des suicides. Ainsi, en 1886, il y a 2.295 suicides de vieillards sur un total de 5.804, ou 39,54 p. 100. En 1891, la proportion est un peu inférieure : 2.854 suicides de vieillards sur 8.900, soit 32,07 p. 100.

Pour beaucoup de vieillards on peut, à juste titre,

(1) *Républicain Orléanais*, 3 mai 1898.

(2) *Le Soleil*, 10 juin 1898.

(3) Ritti. Article « Suicide (Pathologie) », in *Dict. encyc. sciences médicales*.

incriminer un état d'affaiblissement mental par le fait de l'involution sénile du cerveau, créant, le plus souvent, un état de mélancolie vague avec préoccupations hypochondriaques. Le vieillard, « *laudator temporis acti* », trouve que rien n'est bien, que le monde devient mauvais ; il se plaint de son entourage, pense qu'on le vole, qu'on cherche à lui nuire, etc... Les suicides dans ces conditions ne sont pas rares.

Parfois, aussi, le vieillard est atteint de troubles somatiques divers (parésies, lésions pulmonaires et cardiaques, affections des voies urinaires, rhumatisme, goutte, etc.), ne laissant guère d'espoir de guérison, créant ou exagérant l'état mélancolique ; il subit des influences morales dépressives, perd ses enfants, ses parents, ses amis, a des soucis d'argent. Toutes ces causes agissent sur un cerveau que la sénilité a rendu débile en amoindrissant le jugement et la volonté.

Dans un mémoire sur les psychoses de la vieillesse, Ritti (1) est d'avis que les suicides des vieillards relèvent presque toujours de l'aliénation mentale : « Quelles causes peut-on attribuer à ces nombreux suicides de la vieillesse ? Sans doute, on pourra invoquer pour un grand nombre d'entre eux des motifs purement psychologiques et même l'influence des circonstances extérieures ; mais, dans la plus grande majorité des cas, le rôle prépondérant est joué par la maladie. »

On peut encore attribuer à la folie bon nombre de cas de suicides ; nous avons le plus souvent affaire à des dégénérés, des déséquilibrés, qui, bien que n'ayant jamais manifesté d'idées délirantes, se sont toujours fait remarquer par l'originalité de leur conduite, leur émoti-

(1) Ritti. Les psychoses de la vieillesse, in *Comptes rendus du Congrès annuel de médecine mentale. Session de Bordeaux, 1895*, p. 23.

tivité, leur tendance aux actes impulsifs : « Il existe dans la société, dit Brierre de Boismont, un bon nombre d'esprits exaltés qui s'enflamment à la moindre contrariété, cherchant des querelles, des duels, parlant à chaque instant de se tuer ; véritables fléaux pour leurs familles et leurs connaissances, ces individus attendent à leurs jours. Ces caractères exaltés s'emportent avec une extrême facilité, ne veulent écouter aucune observation, se croient excessivement malheureux quand on leur fait quelques représentations. Pour ces organisations malheureuses, tout devient un sujet de suicide : une jeune fille se jette à l'eau parce que son beau-frère refuse de la mener au bal. » Les suicides passionnels, à deux, par entraînement, se montrent d'ordinaire dans cette catégorie d'individus. Ils se suicident pour le motif le plus futile, quelquefois sans motif plausible, et souvent ils apportent dans l'exécution de leur dernier acte une originalité particulière qui dénote bien leur déséquilibre intellectuelle.

En résumé, on voit, par ces courtes considérations générales, combien est prépondérante l'action de la folie dans le suicide. Mais s'il était possible de connaître les mobiles et les réactions propres à chaque individu, son état mental particulier au moment où il se décide à mettre fin à ses jours, on ne peut douter que le champ de la folie ne s'agrandirait considérablement encore.

(*A suivre.*)

DU LANGAGE CHEZ LES IDIOTS

Par le Dr L. MAUPATÉ

Médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Bailloul.

Mémoire récompensé par la Société médico-psychologique. Prix Belhomme.

I. — INTRODUCTION. — HISTORIQUE.

Les troubles du langage sont très fréquents et nombreux chez les idiots, et il semble même, au premier abord, que le développement de la parole soit en rapport direct avec celui de l'intelligence, qu'elle ne fait que traduire à l'extérieur. C'est en n'entendant pas parler leur enfant que bien souvent les mères s'aperçoivent qu'il *n'est pas comme les autres, qu'il est en retard pour son âge*. (c'est-à-dire idiot). C'est l'absence de paroles qui fait regarder comme idiots par bien des gens les malades en stupeur ; et cette opinion, on le sait, était celle des aliénistes jusqu'à Esquirol. Enfin cet auteur lui-même déclare qu'« on peut juger du degré de développement de l'intelligence d'un idiot par son vocabulaire », et il base sa classification des idiots sur le degré de développement de la parole.

Nous verrons plus tard que cette opinion ne peut être prise au pied de la lettre ; que nombre d'idiots, parlant beaucoup, mais à tort et à travers, comme des perroquets (les microcéphales, par exemple), sont moins intelligents que d'autres—moins bavards, mais qui comprennent ce qu'ils disent ou entendent dire—; et M. Sollier semble avoir trouvé la solution juste en disant que

le niveau intellectuel de l'idiot peut être mesuré, non à la façon dont il parle, mais à la façon dont il comprend.

Cependant on peut dire qu'en général le langage est plus développé chez les idiots les plus intelligents ; et, en prenant le mot langage dans son sens le plus étendu (manifestation de l'idée ou d'un état d'être au moyen de signes généralement intentionnels et conventionnels), qui s'applique aussi bien à celui qui exprime sa pensée qu'à celui à qui elle devient manifeste, le développement du langage chez l'idiot est sensiblement corrélatif de celui de l'intelligence.

Il semblerait donc que le langage chez ces êtres arriérés dût être l'objet de nombreux et importants travaux. La vérité est que la plupart des auteurs se bornent à dire que les idiots ne parlent pas ou n'ont qu'un langage rudimentaire ; et c'est à peine si, en un siècle, nous avons pu trouver quatre travaux d'ensemble sur ce sujet et quelques mémoires sur des points spéciaux.

Belhomme dit, dans sa thèse, que, souvent sourds et muets, les idiots perçoivent difficilement les sons ; la prononciation est nulle, ils jettent des cris, des hurlements, quelquefois ils laissent échapper quelques monosyllabes. Les imbéciles riches, qui ont un certain degré de facultés, apprennent à lire, à écrire, à compter ; mais ils le font mal, ils ont besoin d'être continuellement surveillés et excités à l'étude. Dès leur plus tendre enfance, leur physionomie n'a pas cette mobilité si remarquable dans l'enfance. A l'âge où les enfants apprennent à parler, à peine peuvent-ils articuler quelques mots. Le degré le moins prononcé de l'imbécillité est celui dans lequel les malades peuvent apprendre à lire, à écrire, ou se livrer à l'exercice d'un métier.

Nous avons vu l'opinion d'Esquirol, pour qui l'intelligence décroît depuis le premier degré de l'imbécillité, dans lequel la parole est libre et facile, jusqu'au troi-

sième degré de l'idiotie, où il n'y a ni parole, ni phrases, ni mots, ni monosyllabes. Les idiots, ne pensant pas, ne parlent pas ; ils poussent quelques sons mal articulés, des cris ou des mugissements prolongés, qu'ils interrompent pour écarter les lèvres comme s'ils voulaient rire. Quelques-uns n'ont qu'un cri, pour la douleur et le plaisir. Cependant il en est qui, à la manière des enfants, se font par imitation et par habitude un langage d'action et même articulé, compris seulement de ceux qui vivent avec eux ; ce langage n'exprime que les premiers besoins de la vie et les appétits instinctifs auxquels les idiots ne peuvent satisfaire par eux-mêmes.

Griesinger note la prononciation défectueuse des idiots, la possibilité, pour certains, de prononcer quelques phrases correctes (quelques interjections, verbes à l'infinitif, interposition de morceaux de phrases qu'ils ne comprennent pas et de mots sans rapport avec le sujet), enfin l'absence de langage dans les cas graves.

Séguin ne décrit pas le langage des idiots, mais donne d'utiles préceptes sur les meilleurs procédés d'éducation du langage.

On nous pardonnera de ne pas citer tous les autres auteurs ayant composé un traité de médecine mentale, pour en arriver à ceux qui se sont occupés plus spécialement du langage chez les arriérés.

Et d'abord, un mémoire de Virburg, surintendant de l'asile des idiots à Syracuse (Amérique), résumant les observations qu'il a recueillies sur les différentes expressions symptomatiques du défaut de langage chez des idiots de son asile.

Cette étude fait également l'objet d'une importante communication de Wildermuth au Congrès des aliénistes de l'Allemagne du sud-ouest. L'auteur y fait une juste distinction entre les troubles de la parole qui sont l'expression directe du trouble intellectuel (absence

de langage, onomatopées, mono- ou polysyllabiques, défaut de syntaxe ou de grammaire, zézaiement), et ceux dus à une complication de l'idiotie (balbutiement fréquent; mogilalie dans la moitié des cas; rareté de l'achoppement syllabique et du bégaiement dans l'idiotie véritable). Ce travail est bien plus complet que les précédents; on y trouve pour la première fois un tableau d'ensemble et un essai de classification des troubles de la parole chez les idiots; enfin, on voit, dans les modifications de la parole chez ces malheureux, une reproduction des divers degrés de développement du langage chez l'enfant. A titre exceptionnel, Wildermuth cite un cas d'aphasie motrice chez un débile; un cas d'aphasie sensorielle; enfin un cas de troubles de la parole analogues à ceux de la paralysie générale; il termine par la relation de trois autopsies.

Dans sa thèse sur la psychologie de l'idiot et de l'imbécile, M. Sollier consacre tout un chapitre au langage. Disons tout de suite que le côté psychologique du sujet est traité avec de grands développements, et qu'on y trouve de nombreux aperçus nouveaux sur la lecture et l'écriture chez les idiots et imbeciles. Il conclut que « le développement du langage chez l'idiot présente les mêmes phases que chez l'enfant normal; mais ces phases se succèdent très lentement; le plus souvent même, l'évolution s'arrête en route, à un point quelconque correspondant à une des étapes de l'enfant ». Bourneville, Starck, Shaw ont publié les résultats d'autopsies chez des idiots dont ils avaient brièvement noté les troubles de la parole. — M. Charpentier a décrit un cas de mutisme pendant vingt ans chez un idiot. — Berckham a observé un trouble du langage écrit qu'il assimile au balbutiement, et étudié plus spécialement le traitement du balbutiement et l'éducation du langage chez l'idiot. Ce dernier point fait l'objet d'un

chapitre dans deux mémoires de MM. Boyer et Bonnet, envoyés en 1895 à la Société médico-psychologique, et d'un livre de MM. Hamon du Fougeray et Couétoux, et de plusieurs articles ou communications de M. Bourneville.

Nous ne pouvons passer sous silence les ouvrages consacrés aux maladies du langage en général, la thèse d'agrégation de M. Gilbert Ballet, le livre de Kussmaul et celui de M. Séglas sur le langage chez les aliénés, qui nous ont été d'un grand secours. Nous avons aussi consulté très utilement pour le développement normal du langage chez l'enfant sain les livres de MM. Perez, Sikorski et Compayré, et surtout l'étude remarquable de Preyer, qui a noté trois fois par jour les premières modifications du langage chez son fils jusqu'à trois ans.

En résumé, si quelques points de détail ont été bien élucidés (parole, lecture, écriture), d'autres restent encore dans l'ombre, par exemple le langage naturel, la compréhension de la parole ou des gestes. Il nous semble qu'un travail d'ensemble, comparable à celui de M. Séglas sur les troubles du langage chez les aliénés, reste encore à faire : c'est cette tâche que nous avons entreprise sans nous en dissimuler les difficultés. Il faudrait, en effet, pouvoir comparer dès leur naissance l'enfant intelligent et l'idiot ; or nous voyons peu d'idiot avant quatre ans ; la plupart arrivent à l'asile de six à douze ans, quand le développement du langage est presque terminé, et il n'y a guère à attendre de renseignements exacts de la part des parents ; au surplus nous n'avons pu suivre les mêmes malades pendant plusieurs années. De plus, comme les enfants, la plupart des idiots présentent des défauts d'articulation qui rendent leur langage incompréhensible ; ils emploient des sons qui ne sont plus en usage chez nous (le *th* anglais par exemple ou le *ch* allemand, ou des sons intermédiaires entre *p* et

b, *t* et *d*, etc.) ; on a une tendance instinctive à interpréter les paroles ou les gestes au lieu de les noter simplement, et d'ailleurs on est souvent embarrassé pour noter un mot ou une courte phrase après les avoir entendu répéter vingt fois. Enfin, il faut tenir compte de la prononciation locale, des tournures de phrases particulières au pays, et ne pas les mettre sur le compte de l'idiotie.

Ajoutons que l'idiot est souvent un monstre, au point de vue psychique comme au point de vue physique. Il serait intéressant de comparer son langage, non seulement à celui de l'enfant, mais encore à la façon de s'exprimer de certains peuples très éloignés de nous, mais dont le type de langage semble avoir été la règle chez nos ancêtres ; et puisque certains idiots offrent physiquement le type mongolique ou aztèque, et que d'autres méritent la dénomination de pachas, on peut admettre que le langage de certains idiots pourrait affecter le type monosyllabique (comme celui des Chinois ou des anciens Mexicains), ou agglutinatif (comme le japonais ou le turc). Malheureusement l'aliéniste peut difficilement être doublé d'un linguiste, et nous n'avons pu qu'effleurer ce sujet. D'ailleurs notre façon de grouper ou modifier les sons, les syllabes et les mots influera sur la manière de parler d'un idiot qui n'entend autour de lui que le français ou le flamand.

II. — DIVISION DU SUJET.

Par idiotie, nous entendrons, avec M. Sollier, « non
« pas une maladie, mais un symptôme commun à un
« certain nombre de maladies organiques du cerveau
« qui, si elles se produisaient chez l'adulte, causeraient
« la démence. L'imbécillité, au contraire, n'est pas une
« maladie à lésion tangible, mais une forme de la dégé-

« nérescence..... L'idiot est un être incapable d'action
 « et d'idées, *incomplètement* développé; l'imbécile est
 « un individu *anormalement* développé, capable d'idées
 « et d'actions qui, forcément, sont anormales ». Nous
 renvoyons à la thèse de l'auteur pour la continuation du
 parallèle; mais la question nous semble tranchée, et,
 éliminant les imbéciles, nous n'étudierons que les idiots
 proprement dits.

Pour ce qui est du langage, nous prendrons ce mot
 dans son sens le plus général (ensemble de signes ser-
 vant à exprimer un état d'âme, et généralement la
 pensée). Ce langage est généralement intentionnel; mais
 il ne l'est pas toujours, et on peut admettre qu'un
 geste, un cri, une grimace qui nous échappent involon-
 tairement renseignent les autres sur nos sensations, nos
 émotions, nos pensées, aussi clairement que si nous
 avions prononcé quelques paroles. C'est ce qu'on appelle
 parfois le *langage naturel*, ou mieux *émotionnel*, ou en-
 core *réflexes expressifs*, le terme de langage naturel étant
 employé par certains philosophes, comme Paul Janet,
 dans un sens tout autre (la parole opposée aux *langages*
conventionnels, tels que les notations algébriques, mu-
 sicales, chimiques, etc.). Nous opposerons donc au lan-
 gage émotionnel (simple réflexe) le langage intention-
 nel, par lequel sont exprimées volontairement, non les
 sensations ni les émotions, mais les pensées.

Le langage intentionnel peut comprendre un grand
 nombre de variétés plus ou moins conventionnelles.
 Cependant, normalement, on exprime volontairement
 ses idées de trois façons différentes : par les gestes, par
 la parole et par l'écriture. De plus, tout échange d'im-
 pressions par le langage comporte deux facteurs : celui
 qui exprime sa pensée et celui à qui elle est exprimée,
 et qui doit attribuer aux signes le même sens que son
 interlocuteur : d'où distinction, dans chaque variété de

langage, entre les troubles d'expression et les troubles d'impression (et de compréhension).

Considérons maintenant une des variétés de langage intentionnel, la parole, par exemple, et voyons les phénomènes successifs qu'elle nécessite. « Il faut d'abord, dit Küssmaul, une pensée que nous ayons conçue, et une impulsion de sentiment qui nous pousse à la manifester ; puis nous choisissons et émettons des mots que la parole apprise met à notre usage dans la mémoire. Enfin, nous laissons jouer les appareils réflexes qui portent les mots au dehors. » Ainsi donc, les troubles de la parole expressive pourront tenir soit à des troubles intellectuels, soit aux vices de la fonction langage (association de l'idée et du mot), soit enfin à des défauts d'articulation. De même pour les autres variétés du langage, on pourra observer ces trois subdivisions. Pour la compréhension de la parole, par exemple, on aura des troubles de transmission (de l'audition), des troubles de la fonction langage par vice de l'association de l'idée au mot perçu, enfin des troubles de compréhension par défaut ou vice de l'intelligence. — De même pour l'écriture et les gestes.

Des considérations précédentes se déduit tout naturellement notre plan. D'abord, nous étudierons le mode de développement du langage comparativement chez l'idiot et chez l'enfant sain. Puis nous examinerons le langage émotionnel, réflexes instinctifs par lesquels il manifeste inconsciemment ses besoins et ses sensations avant l'apparition du langage proprement dit, intentionnel. Abordant alors l'étude de celui-ci, nous verrons successivement les défauts de la parole, de l'écriture et des gestes, qui, pour chaque variété, se divisent en troubles d'expression et troubles de perception, et, pour chaque division même, nous adopterons la subdivision en troubles liés à des défauts de l'intelligence, de

la fonction du langage et des organes périphériques (1). Nous terminerons par quelques mots sur l'anatomie pathologique et le traitement. Chemin faisant, nous citerons des fragments de nos observations, qui ont porté sur plus de 200 idiots.

Nous n'avons pas fait de statistiques : on ne peut comparer que des choses semblables ; et quoi de plus dissimblable qu'un idiot complet, poussant à peine quelques cris inarticulés, et un autre parlant presque correctement ? Comment comparer deux idiots, l'un de trois ans, l'autre de trente ? Eussent-ils un langage à peu près semblable, il ne faut pas oublier que l'un est arrivé depuis longtemps à son maximum de développement, tandis qu'on peut toujours regarder l'autre comme perfectible.

III. — DÉVELOPPEMENT GÉNÉRAL DU LANGAGE.

Le développement normal du langage a fait l'objet d'un certain nombre de travaux, parmi lesquels on peut citer ceux de Tiedmann, Pollock, Egger, Taine, Darwin, G. Compayré, et surtout Preyer, Perez et Sikorski. La plupart de ces auteurs ont raisonné sur un, deux ou

(1) D'autres plans pourraient être proposés, ayant leurs avantages et leurs inconvénients. Ainsi Wildermuth distingue fort justement des troubles de la parole qui sont l'expression directe du trouble intellectuel, ceux qui sont dus à une complication de l'idiotie, maladie surajoutée. C'est ainsi qu'une idiote que nous avons observée à Armentières, et qui parle un peu, devient muette après des attaques d'épilepsie ; un arriéré peut avoir un bec-de-lièvre ou une lésion du voile du palais qui rende sa parole inintelligible.

Broca (*Ann. méd.-psych.*, 1891) divise les troubles de la parole en alogies, amnésies verbales, aphémies et alalies mécaniques.

G. Ballet examine tour à tour la compréhension des mots parlés et celle des mots lus ; la parole articulée volontaire ; l'écriture volontaire ; la parole répétée ; la lecture à haute voix ; l'écriture sous la dictée ; la copie.

trois cas seulement, et ont peut-être conclu trop facilement du particulier au général, en n'envisageant qu'un côté de la question, suivant qu'ils sont philosophes, linguistes ou physiologistes. Pourtant, en comparant leurs appréciations, on peut arriver à une opinion moyenne sur le développement normal du langage, et voir si l'idiot mérite, à ce point de vue particulier, le nom de grand enfant (1).

Pour Darwin, l'enfant pousse d'abord des cris instinctifs, montrant qu'il souffre, cris qui ne tardent pas à se différencier suivant qu'ils sont produits par la faim ou la souffrance. Bientôt on observe des pleurs intentionnels traduisant les désirs de l'enfant. Au quarante-sixième jour, les bruits vocaux sont variés, semblant produits par plaisir. An cent treizième jour, ébauche de sourire et efforts pour imiter les sons. A cinq mois et demi, on observe pour la première fois un son articulé (*da*). A un an, *mm* signifie nourriture.

Pour Egger, l'enfant n'émet d'abord que des cris indiquant sa souffrance. C'est vers cinq semaines que se fait la transition du cri à la voix (cri modifié par divers mouvements de la bouche), qui reste quelque temps inarticulée, impossible à exprimer par nos lettres et sans timbre individuel.

Taine remarque que l'enfant commence à exercer son organe vocal par un continuel essai de cris et d'exclamations variées. Il ne produit d'abord que des voyelles, auxquelles s'ajoutent progressivement des consonnes. A douze mois, il produit spontanément tous les sons, qu'il a en quelque sorte trouvés seul, et par lesquels il traduit toutes ses sensations.

(1) Tout en étant aussi textuelles que possible, les citations suivantes ne sont forcément que des résumés rapprochant des phrases souvent éloignées dans le texte original, auquel il faudrait se rapporter pour avoir toute l'opinion de l'auteur.

Comme les auteurs précédents, Küssmaul a étudié surtout au point de vue de l'articulation le développement de la parole, qu'il divise en trois périodes. L'enfant commence par pousser des cris, sons inarticulés; plus tard, quand il commence à distinguer les sons, il cherche à imiter tout ce qu'il entend; et ce n'est que petit à petit qu'il arrive à prêter un sens aux mots inarticulés comme *papa* et *maman*, qu'il arrive à prononcer.

M. Perez, à un point de vue plus général, note chez le nouveau-né « un certain nombre de réflexes (mouvements, cris, sanglots, rires, gazouillement), machinalement exécutés dès les premiers mois, et qui correspondent à des sensations organiques, mais vont bientôt devenir des signes par l'association des idées. Il associe l'idée d'un phénomène organique (son guttural, mouvement des membres, cris, sanglots, larmes, etc.), à l'idée des sensations ou des sentiments que ce phénomène accompagne; l'enfant qui les a produits par nécessité les produit bientôt et les perfectionne par plaisir ou par utilité... Les mots que l'enfant retient le mieux sont ceux qui expriment la qualité la plus saillante ou la partie qui produit l'impression dominante. On aurait tort de considérer la rapidité des progrès linguans, question des organes mise à part, comme un indice de précoce intelligence; souvent, au contraire, chez les enfants peu intelligents, mais doués d'organes souples et d'une mémoire en avance sur le jugement, les mots précèdent les idées, les remplacent souvent aussi... Outre le rabâchage expliqué par l'obsession de certaines idées ou de certains sons, on remarque, même chez les plus intelligents, la manie de bredouiller des syllabes assemblées au hasard : l'enfant se repose dans ce gazouillis machinal qu'il n'a pas de peine à produire, et qui étourdit agréablement ses oreilles... L'enfant est plus apte à imiter le ton émotionnel, l'accent et l'in-

flexion sonore, que le mot lui-même, et surtout que la réunion des mots ; de plus, son attention et ses moyens portent principalement sur les désinences et sur les syllabes accentuées... » L'auteur note sans insister « l'extension de plus en plus généralisée des mots appris ; la logique puérile, en désaccord avec l'usage et la grammaire ; les débuts de l'enfant dans l'art de former des phrases sans l'emploi du verbe être, par simple rapprochement d'un nom, d'un pronom ou d'un attribut ; cette logique inflexible de l'analogie qui lui fait confondre la chose, la personne et l'action, en sorte qu'il les représente bientôt avec des appellations uniformes, qu'il forme tantôt des verbes avec des substantifs et tantôt des substantifs avec des verbes ; l'indétermination des notions de temps, de mode, de nombre et de personnes, qui font qu'il emploie d'abord tous les verbes à l'infinitif et les met ensuite pour son usage aux temps et aux personnes employés par ceux qui lui parlent (prenant la seconde personne pour la première, ou la première pour la seconde) ».

Preyer estime que tout trouble de la parole trouve chez l'enfant qui apprend à parler son homologue complet. L'enfant ne peut parler, parce que ses organes ne sont pas encore développés ; le malade ne peut plus parler, parce que certains de ses organes manquent ou ne sont plus aptes à fonctionner... L'enfant normal comprend beaucoup plus tôt les mots qu'on prononce devant lui, qu'il ne les répète de lui-même par imitation (1). Avant d'imiter correctement les sons vocaux, il produit

(1) Il commence par reproduire ceux qu'ils entendait dans la période qui a précédé ses premières tentatives d'imitation. Ainsi, nous connaissons plusieurs cas d'enfants qui, ayant perdu leur nourrice avant de commencer à parler, ont néanmoins reproduit, tout d'abord, le patois ou l'accent de cette nourrice qu'ils n'entendaient plus, et non le français correct qu'on parlait dans leur entourage.

de lui-même presque tous les sons qui existent dans sa future langue; il en produit même beaucoup d'autres qui n'en font pas partie, et se plaît beaucoup à cet exercice. L'ordre suivant lequel l'enfant produit les sons vocaux varie suivant les enfants; mais n'est nullement déterminé par le principe du moindre effort; il dépend de plusieurs facteurs (cerveau, dents, dimensions de la langue, acuité auditive, motilité, etc.); ce principe n'entre en ligne de compte que plus tard, quand l'enfant commence à imiter les sons et cherche à parler avec intention. L'hérédité ne joue aucun rôle, chaque enfant peut apprendre n'importe quelle langue pourvu qu'il l'entende parler dès sa naissance. L'activité interrogatoire survient fort tôt après les premières tentatives pour parler (1).

Sikorski a surtout étudié le point de vue linguistique. Dans les six premiers mois, dit-il, on peut saisir dans la voix, à titre de nuance plus ou moins nette, une voyelle ou une autre servant à exprimer une sorte de sensation. Ainsi les nuances *a* et *é* signifient l'une plaisir, l'autre malaise; on peut encore saisir des nuances plus ou moins précises des sons *e* et *i*. Des consonnes, c'est l'*m* qui apparaît la première; puis vient *b*, et bientôt, graduellement, les autres consonnes, en dernier lieu les gutturales. Entre le troisième et le quatrième mois, on remarque pour la première fois une syllabe (*mam*, *amm*, *nlá*, etc.), dénuée de tout sens symbolique; vers la fin de la première année, l'intention se fait évidente dans l'émission des sons et syllabes. Le langage des enfants ne comporte pas de mots polysyllabiques, mais est formé la plupart du temps de combinaisons monosyllabiques; ordinairement les enfants adoptent

(1) On nous excusera de renvoyer au livre de Preyer pour l'observation si complète du développement du langage chez son fils.

une syllabe, ou tout au plus deux d'un mot pour représenter ce mot en entier ; leur langage ne renferme pas, dans une même syllabe, deux ou trois consonnes de suite, il n'admet qu'une voyelle seule ou jointe à une consonne comme représentant la syllabe entière. Une particularité ultérieure est le manque de précision de chaque son ; les voyelles sont souvent mouillées (*a* devient un son mixte entre *a* et *ia* ; *ou* occupe le milieu entre *ou* et *iou*) ; les voyelles sont fréquemment tronquées ; les consonnes également manquent de netteté. Mais le plus caractéristique de tout, c'est l'amollissement de toutes les consonnes, les linguales surtout (*tiabouié, tiasse*, au lieu de *tabouret, tache*). — Bien caractéristique est la substitution des sons les uns aux autres (*tloix*, par exemple, au lieu de *croix*). L'enfant, tout familiarisé qu'il soit avec un son, ne l'emploie cependant pas toujours là où il faudrait (par exemple il prononce nettement *bébé* et néanmoins dit *pouale*, au lieu de *boire*). Sikorski a observé deux types de langage chez les enfants : les uns (procédé phonétique) s'arrêtent à l'étude minutieuse des sons d'un mot et en retiennent fort juste un sur plusieurs (par exemple *cola* au lieu de *chocolat*) ; les autres saisissent la structure syllabique du mot sans se préoccuper d'en étudier les sons consécutifs, et les mots qu'ils prononcent répondent exactement au nombre de syllabes des mots employés par les grandes personnes, tout en s'en éloignant extrêmement par la qualité des sons (par exemple *titille* au lieu de *petite fille*, *eweban* pour *éléphant*), et pourtant, dans l'ensemble, tant par le nombre de syllabes que par l'accent et l'inflexion de voix qu'emploie l'enfant, vous sentez quelque chose qui rappelle de bien près le mot véritable, son squelette... La parole des enfants au procédé syllabique semble courante, celle des autres paraît embrouillée.

Pour M. Sollier, le nouveau-né normal a de l'aphasie de transmission, l'idiot a en même temps de l'aphasie de réception.

Nous pouvons, maintenant, par comparaison, juger du mode de développement du langage chez l'idiot. La faculté de s'exprimer est, chez lui, absente ou au moins très peu développée. Cette absence est-elle toujours absolument congénitale? On pourrait le croire, l'idiot étant, comme dit Esquirol, un pauvre qui a toujours connu la misère. Et pourtant les faits nous montrent que l'idiotie peut s'être développée alors que l'enfant commençait à émettre des sons articulés, auxquels, même, il a pu attribuer une vague signification. C'était le cas pour 3 de nos malades sur 40 dont les antécédents nous sont plus ou moins connus; l'absence de tout langage n'était donc pas absolument congénitale. Cela ferait donc un cas sur treize environ; mais le nombre des malades observés n'est pas suffisant pour nous permettre d'établir une statistique. Quoi qu'il en soit, nous devons nous demander comment celui qui parlait un peu redevient plus ou moins muet: à vrai dire, les renseignements des parents sont bien vagues; il semble pourtant que le mutisme soit venu lentement dans un cas, brusquement dans les deux autres, mais précédé dans un cas et suivi dans l'autre d'un affaiblissement progressif de la faculté de s'exprimer et de comprendre le langage des autres. Chez les trois malades, le développement du langage n'avait pas été tardif.

La perte de toute faculté d'expression ou de compréhension était, dans ces cas, irrémédiable. Ces idiots qui ont parlé et ne parlent plus, qui ont compris et ne comprennent plus, sont en réalité des déments très précoces; ils ne sont pas éducatibles; on ne verra pas chez eux, comme chez certains aphasiques, réapparaître un nombre limité de mots, de gestes ou de grimaces leur permettant

de communiquer encore un peu avec le monde extérieur ; déments, ils ne parlent pas parce qu'ils n'ont rien à dire. M. Charpentier a, il est vrai, observé un cas de mutisme pendant vingt ans, survenu à la suite d'un coup reçu sur la tête à cinq ans, et dont le malade avait été fort effrayé ; mais ici le mutisme n'était pas complet : le malade pouvait dire correctement *oui, non, je ne sais pas, je voudrais retourner à la troisième, où je suis bien* ; et ce vocabulaire suffit à montrer qu'il s'agit, comme le reconnaît M. Charpentier lui-même, d'un cas de demi-stupéur par frayeur chez un imbécile, et non de mutisme organique.

A quoi attribuer cette régression du langage, et, en général, de l'intelligence ? Nos trois malades avaient eu, dans leur première enfance, des convulsions, et même, chez deux d'entre eux, la suppression de la parole a nettement suivi l'apparition des convulsions, indice d'une maladie organique du cerveau.

Passons maintenant aux autres idiots, chez qui la maladie est congénitale ou s'est produite avant toute manifestation de la faculté d'expression et de compréhension. Un premier point, que signale M. Sollier, et que confirment nos observations, c'est l'apparition tardive des diverses variétés du langage. L'enfant idiot reste plus longtemps sans comprendre, sans faire de gestes, sans parler surtout ; il arrive très rarement à lire, jamais à communiquer sa pensée par l'écriture. Nous n'avons pu, pour tous les enfants, connaître l'époque précise d'apparition de chaque branche du langage ; pourtant, sur 60 enfants, il y en a eu 25 pour qui on manquait de renseignements (ou on avait des renseignements manifestement erronés) ; 2 n'ont jamais parlé ; — 2 ont commencé à parler avant 1 an ; — 6 ont commencé vers 2 ans ; — 5 vers 3 ans ; — 5 de 4 à

5 ans ; — 3 de 5 à 6 ans ; — 3 de 6 à 7 ans ; — 3 vers 8 ans.

Le retard très grand dans l'apparition de la parole n'est pas en rapport direct avec le degré de développement qu'elle peut acquérir : parmi ceux qui commencent à prononcer quelques mots après 6 ans, la moitié sont, plus tard, arrivés à parler à peu près spontanément, tandis que beaucoup de ceux qui ont commencé à émettre de 3 à 5 ans des sons différenciés en sont restés là, n'ont jamais pu prononcer que trois ou quatre mots, sans en comprendre le sens.

Au point de vue du développement général du langage, nous pouvons retrouver chez l'idiot tous les stades par lesquels passe l'enfant ; mais au lieu d'être, comme chez ce dernier, des états transitoires, ils représentent chez l'idiot le maximum de perfectibilité. On rencontre pourtant chez l'idiot certaines modifications que nous aurons à examiner chemin faisant.

(*A suivre.*)

DEUX CAS DE MANIE

GUÉRIS A LA SUITE D'UNE INFECTION GRAVE

Par M. CH. AZÉMAR

Interne de l'asile de Saint-Lizier (Ariège).

Nous avons eu l'occasion, dans le courant de cette année, d'observer dans le service de notre maître, M. le D^r Malfilâtre, directeur médecin en chef de l'asile de Saint-Lizier (Ariège), la guérison de deux cas de manie, l'un à la suite d'une pneumonie grave, l'autre consécutivement à un phlegmon diffus de l'avant-bras. Les faits de ce genre, sans être très rares, sont toutefois assez clairsemés dans les recueils de médecine mentale et nous avons cru qu'ils présentaient un intérêt suffisant pour être rapportés.

OBSERVATION I

SOMMAIRE. — *Manie aiguë consécutive à une fausse couche.*
— *Rémission rapide.* — *Rechute.* — *Pneumonie très grave.*
— *Guérison.*

C. Antoinette, épouse R., 27 ans, ménagère. Entrée le 12 décembre 1899.

Antécédents héréditaires. Les renseignements qui nous sont donnés par le mari de la malade ne nous indiquent aucun signe de troubles cérébraux chez les ascendants.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance. Pas de convulsions. Réglée depuis l'âge de quinze ans régulièrement.

Trois grossesses, dont une avant son mariage. Premier

enfant mort à *trois ans et demi*, le second à *huit mois*; troisième grossesse terminée il y a quinze jours par une fausse couche au sixième mois, avec état fébrile de peu de durée.

Syphilis probable. Pas de traces de chancre, mais série d'accidents secondaires : taches rosées de la peau, céphalalgies gravatives, chute des cheveux, antérieur à la première grossesse.

Les accidents cérébraux qui ont provoqué l'internement de la malade sont survenus à la suite de son avortement.

Examen physique. — Taille moyenne, teint olivâtre, cheveux bruns, courts, un peu clairsemés; bon état général, rien d'anormal à l'examen des principaux organes. Pas d'albumine dans les urines. Ganglions cervicaux postérieurs volumineux (autre signe de la syphilis présumée).

A l'entrée, état maniaque remontant à huit jours environ. Agitation très vive, mimique désordonnée, propos incohérents, hallucinations de la vue et de l'ouïe. Inconscience complète, divagations continuelles, logorrhée. Elle se dit la somnambule de Dieu, elle désigne les malades qui doivent aller en enfer, au purgatoire, au paradis; une de ses compagnes est la sainte Vierge, une autre est la somnambule du diable. Elle est Jeanne d'Arc, elle doit sauver la France, elle est bénie de Dieu et distribue elle-même des bénédictions en s'écriant : « Voilà la sainte! Dieu sauve la France! Je suis Jeanne d'Arc! » Pas de violences. Insomnie. Les hypnotiques procurent difficilement quelques heures de repos.

Alimentation difficile par suite de l'agitation incessante.

Traitement. — Chloral et bromure de potassium; iodure de potassium, 2 grammes par jour, associé au biiodure de mercure.

20 décembre. — La malade est plus calme, répond correctement aux questions; disparition du délire presque sans transition, coïncidant avec l'apparition des règles. Céphalée intense.

28 décembre. — L'accès de manie est terminé. Retour complet à la raison. La malade passe au quartier des tranquilles et s'occupe à tricoter. Plus de céphalée. Continuation du traitement spécifique.

6 janvier 1900. — L'agitation a reparu subitement au milieu de la nuit dernière; le matin, à la visite, même désordre des paroles et des gestes, même incohérence qu'à son arrivée à l'asile. De nouveau la sainte Vierge, le diable, Jeanne d'Arc tiennent la première place dans ses discours. Un besoin inces-

sant de mouvement accompagne le flot de paroles qui coule de ses lèvres.

1^{er} mars. — Agitation toujours aussi intense. Malgré le froid et le mauvais temps, la malade cherche à s'échapper continuellement du chaufferois pour courir dans la cour nu-pieds et à demi-vêtue. Plusieurs fois, on a été obligé d'user avec elle de la camisole et de la cellule pour l'empêcher de se rouler dans la boue ou la neige, de déchirer ses effets ou de bousculer les autres malades. Impossibilité de fixer son attention sur un objet quelconque. Répond des mots sans suite ou des grossièretés. Tendances érotiques, mouvements du bassin dès qu'on s'approche d'elle.

Etat général moins brillant à la suite de l'état maniaque. Amaigrissement. Langue fréquemment saburrale.

Traitement. — Purgatifs répétés. Grands bains prolongés, hypnotiques à hautes doses. Continuation du traitement antisiphilitique.

29 mars. — Notre malade est alitée depuis deux jours. Violent frisson le 27 au soir; le lendemain, la température axillaire montait à 39°5; sous l'influence de l'état fébrile, apaisement de l'agitation; l'examen est possible. Traits tirés, dyspnée intense, narines pulvérulentes, langue très saburrale. Toux sèche, crachats rouillés et adhérents.

A l'examen du poumon, en arrière et à droite, matité dans la zone moyenne, râles crépitants fins au même niveau.

Prescriptions : lait et bouillon, limonade vineuse, extrait de quinquina.

10 avril. — La température a oscillé entre 39°5 et 40°5. Aux râles crépitants a succédé un souffle tubaire très net. Extension du processus pneumonique à toute l'étendue du poumon droit.

Dyspnée toujours intense. La période fébrile se prolonge au delà du terme normal. Abattement extrême, état général très mauvais, tendance à l'adynamie et aux syncopes; la fin paraît proche et l'état de la malade est jugé absolument désespéré par la surveillante et la famille.

Le lait et le bouillon sont difficilement acceptés. Potion de Todd. Injection sous-cutanée de 1 centimètre cube d'essence de térébenthine à la partie antérieure de la cuisse droite.

Depuis la période d'état, l'agitation maniaque a de nouveau disparu, ainsi que le délire.

15 avril. — Température, 40°5. A l'auscultation, le souffle

persiste avec de la bronchophonie; dyspnée toujours intense. Situation très alarmante, faiblesse extrême, amaigrissement prononcé. Nouvelle injection de 2 centimètres cubes d'essence de térébenthine, l'une à la cuisse gauche et l'autre à la région deltoïdienne gauche.

20 avril. — Température 38°3. La gêne respiratoire a disparu. Râles sous-crépitaux de retour. Il semble que l'infection du poumon soit jugulée. Alimentation plus facile.

L'état mental continue à s'améliorer. La malade se rend compte de son retour à la raison. On espère la guérison.

30 avril. — La pneumonie est complètement terminée. Appétit excellent, sommeil calme et réparateur. Ouverture de l'abcès provoqué par la deuxième injection d'essence de térébenthine à la cuisse; la première injection n'a pas donné de réaction notable.

Amélioration persistante de l'état mental. Les forces reviennent ainsi que l'embonpoint.

Sortie en congé provisoire de trois mois, le 20 mai 1900.

Nous avons revu notre convalescente au commencement de septembre; elle venait avec son mari solliciter un nouveau congé de trois mois. Elle nous a paru un peu amaigrie, ce qui s'explique par le défaut d'alimentation tonique que sa situation matérielle ne lui permet guère de se procurer. L'état mental est excellent.

Fin octobre. La guérison se maintient.

Au mois d'avril 1901 la situation est la même.

OBSERVATION II.

SOMMAIRE. — *Manie chronique. — Phlegmon diffus de l'avant-bras droit. — Abcès sous-cutané au niveau de l'angle de l'omoplate gauche. — Guérison.*

B... Marie, trente-huit ans, célibataire, domestique. Entrée à l'asile de Saint-Lizier le 16 février 1897, transférée de l'asile de Villejuif où elle était depuis le 30 avril 1896.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants, divorcés depuis dix ans (motif du divorce ignoré). Trois frères et deux sœurs également vivants. Le père a eu de fréquents accès de goutte et a subi plusieurs fois l'opération de la pierre. Mère irritable et violente, mais sans crises nerveuses. Rien à signaler du côté des frères et sœurs.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance et la jeunesse, pas de maladie grave, sauf la rougeole. Pas de convulsions. Réglée régulièrement depuis l'âge de neuf ans. Pendant l'adolescence, longues périodes de malaise, avec retentissement sur l'état général. Douleurs rhumatismales à l'âge de vingt ans. Pas de troubles de l'état mental jusqu'à trente-quatre ans. Nervosisme sans crises.

Son dernier souvenir avant le début de la maladie se rapporte à une chute dans la rue, au moment où elle reportait de l'ouvrage qu'on lui avait confié. S'est reconnue à Villejuif où elle venait d'être opérée d'une hernie étranglée.

Nous donnons ci-dessous les certificats médicaux qui ont accompagné et suivi son internement.

I. *Certificat du médecin de la Préfecture de police.* — Etat mélancolique. Dépression. Mutisme volontaire. Refus de nourriture. Cicatrice linguale. Absence de renseignements. *Signé :* Dr Legras.

II. *Certificat de l'Admission.* — Dépression mélancolique avec hallucinations probables. Mutisme. *Signé :* Magnan.

III. *Certificats de Villejuif.* — *Vingt-quatre heures :* Est atteinte de dépression mélancolique avec hallucinations et prédominance d'idées hypochondriaques. *Quinzaine :* Dépression mélancolique. Etat stationnaire. Opérée récemment d'une hernie étranglée. A maintenir. *Signé :* M. Briand.

IV. *Certificats de Saint-Lizier.* — *Vingt-quatre heures :* Est atteinte d'aliénation mentale caractérisée par de l'excitation maniaque, des idées confuses de persécution, tendances ambitieuses. Incohérence. Elle a jadis été mélancolique et même sitiophobe. A maintenir. *Quinzaine :* Manie chronique. Idées incohérentes de persécution. Irascibilité, violences. A maintenir. *Signé :* A. Mafilâtre.

Pendant trois ans de séjour à Saint-Lizier, périodes d'état maniaque et de dépression se succédant. Passe la plus grande partie de la journée couchée sur un banc. Refus obstiné de s'occuper de n'importe quelle façon. Arrogante et irascible envers les surveillantes. Insolences aux médecins et aux internes. Idées confuses de persécution, hallucinations dont elle ne parlait jamais spontanément.

Insomnie habituelle et agitation combattues par des doses élevées d'hypnotiques, jusqu'à 6 grammes de chloral. Etat de semi-stupeur alternant avec l'agitation maniaque. Pendant ces périodes, reste alitée, refuse de se laisser examiner. Douleurs

vagues dans tout le corps. Santé physique assez satisfaisante, malgré un amaigrissement notable.

Mars 1900. — Influenza bénigne, période fébrile très courte sans complications et sans influence sur l'état mental.

Mai. — La malade s'alite à la suite de douleurs lancinantes siégeant à la face dorsale de la main et à l'avant-bras droits qui sont rouges, chauds et tuméfiés. Température : 39 degrés. Tuméfaction diffuse sans tension ni fluctuation bien nette. Pas de porte d'entrée apparente de l'infection.

Le lendemain, le gonflement de l'avant-bras a disparu ; celui de la main seul persiste, plus marqué et fluctuant. Vu le refus de la malade de laisser ouvrir la collection, badigeonnages répétés de teinture d'iode.

20 mai. — Etat stationnaire du phlegmon. Douleur moins vive. Température : 39 degrés. L'état général devient mauvais. Amaigrissement. Anorexie. Diarrhée. Au point de vue mental, moins de violences dans les paroles. Réponses correctes touchant son mal.

23 mai. — La tuméfaction a de nouveau gagné la face postérieure de l'avant-bras. Cris à la moindre pression, au plus petit mouvement. Affaiblissement marqué à mesure que le gonflement progresse. Température : 40 degrés.

Prescriptions : Alimentation tonique. Limonade vineuse. Potion de Todd. Enveloppements humides au sublimé à 1/1000.

24 mai. — Température à 40°5. Etat général plus mauvais. Tension marquée au niveau du phlegmon, qui atteint la partie inférieure du bras. Après anesthésie générale, longues et profondes incisions au thermo-cautère, intéressant la peau et l'aponévrose qui présente un aspect terne et grisâtre. Issue d'une grande quantité de pus mal lié, brunâtre et d'odeur infecte. Fonte complète du tissu cellulaire sous-cutané. Grands enveloppements humides et deux bains locaux par jour avec la solution de sulfate de zinc à 8 0/00. Extrait de quinquina. Potion de Todd.

La malade est plus obéissante ; physionomie plus ouverte, regard moins sombre malgré la douleur.

27 mai. — Suppuration très abondante. Elimination de débris d'aponévrose et de tissu cellulaire. Température normale. Etat général un peu meilleur.

Etat mental. La malade ne se ressemble plus ; transformation rapide et complète ; elle, qui autrefois était revêche et

arrogante, est devenue douce, souriante, polie. Pas de trace du délire qui durait depuis quatre ans.

5 juin. — La suppuration diminue, les débris d'aponévrose achèvent de s'éliminer. Nouvel abcès au niveau de l'angle de l'omoplate gauche. Ouverture et drainage avec mèche de gaze. Pansements antiseptiques humides. Etat physique meilleur. L'appétit revient.

15 juin. — Cicatrisation lente et progressive. Bourgeons charnus de bon aloi. Pansements secs à l'iodoforme. Suppuration abondante de l'abcès de l'angle de l'omoplate.

Depuis quelques jours, la malade paraît plus sombre; la gaieté et le calme font place à un peu d'inquiétude sans délire.

L'état général continue à s'amender.

Juillet. — Cicatrisation complète des plaies du membre supérieur. Un peu de pus séreux coule encore de l'abcès de l'omoplate. Bourgeons charnus exubérants, qu'on touche au crayon de nitrate.

Sous l'influence de l'alimentation tonique, l'embonpoint est revenu, et jamais, depuis son arrivée à l'asile, la malade n'a été en meilleure santé.

Le trouble de l'état mental, qui avait semblé reparaître vers le milieu du mois précédent, n'a pas persisté. La malade se rend compte de son retour à la santé. Elle se montre très joyeuse quand on lui fait entrevoir sa sortie prochaine; elle accepte de rester encore quelques mois à l'asile pour qu'on puisse voir sa guérison s'affirmer.

Août. — Quelques gouttes de pus à l'abcès de l'épaule. On ne se presse pas, d'ailleurs, de provoquer la cicatrisation de cet exutoire qui paraît avoir une action favorable. La malade s'occupe un peu, elle tient à refaire l'éducation de ses mains qui ont oublié le travail; elle sait, en effet, qu'elle sera obligée de gagner sa vie à la sortie de l'asile.

L'intelligence se réveille, mais il y a encore un peu d'engourdissement; on dirait une personne qui sort d'un long et pénible cauchemar, encore tout étourdie des visions affreuses et terribles qui ont traversé son esprit.

Septembre. — Cicatrisation complète de l'abcès de l'épaule. Etat général aussi bon que possible.

Etat mental excellent. La malade se prête à nos recherches sur ses antécédents héréditaires et personnels.

Sa mémoire ne présente de lacune que pour les quatre années qu'a duré sa vésanie. Les souvenirs antérieurs et récents sont

restés exacts et l'affaiblissement intellectuel est très difficilement appréciable.

Fin octobre. — La guérison se maintient toujours aussi complète.

Avril 1901. — La guérison nous est confirmée.

RÉFLEXIONS. — Nous retiendrons de ces observations deux constatations qui nous ont paru surtout remarquables :

1° La disparition du délire et de l'agitation dès que l'état fébrile est installé.

2° L'intervention d'une infection grave dans la guérison d'une vésanie.

Le premier fait, la disparition du délire, est d'observation très ancienne, et tous ceux qui se sont trouvés en présence d'aliénés atteints d'une maladie fébrile quelconque ont signalé le fait ; nous n'insisterons pas sur ce point.

La seconde constatation nous semble plus digne d'intérêt, et toute d'actualité, étant données les théories qui tendent à prédominer aujourd'hui dans la pathogénie des affections mentales. Nous nous garderons de donner une conclusion définitive à nos réflexions, elle serait certainement prématurée et, d'ailleurs, nous ne nous reconnaissons pas la compétence nécessaire pour juger ces faits.

L'interprétation de ces cas a été soumise à diverses théories. On a invoqué la doctrine des crises, la doctrine des substitutions, « un clou chasse l'autre ». De nombreux faits d'observation ont été rapportés à l'appui de ces théories, aujourd'hui à peu près délaissées, mais dont l'étude pourrait être reprise avec l'appui des nouvelles acquisitions de la science.

Toutefois, nous serions porté à croire que les faits du genre de ceux que nous avons exposés se réclament des recherches, déjà si fécondes en résultats, qui se pour-

suivent dans la voie des intoxications. En effet, les théories pathogéniques actuelles tendent à attribuer la genèse de la plupart des troubles mentaux à des intoxications endo ou exogènes.

Par quel mécanisme, dans cette hypothèse, pourra-t-on s'expliquer la disparition du délire et la guérison, ou tout au moins de longues rémissions, d'affections mentales survenant à la suite d'une infection? La suractivité circulatoire constatée dans les états fébriles ne contribuera-t-elle pas à porter aux centres nerveux déjà malades une masse nouvelle de toxines à virulence d'autant plus exaltée que l'infection a été plus grave, comme c'est le cas chez nos malades?

Peut-être pourrait-on voir dans ces guérisons *un acte de défense de l'organisme* : ce dernier, atteint profondément et mobilisant tous ses moyens, créerait des antitoxines d'autant plus actives qu'il a été plus menacé. Au moment de la réaction défensive, ces puissants contre-poisons ne seraient-ils pas capables de modifier si profondément l'organisme qu'ils emporteraient d'un même coup, et la maladie récente et la vésanie ancienne? La grande virulence de l'affection serait nécessaire à cette genèse d'antitoxines, insuffisantes dans les cas moins graves où le délire n'est pas modifié ou bien disparaît, soit avec la fin de l'état fébrile, soit peu de temps après.

Nous sera-t-il permis, en manière de conclusion, de revenir sur un moyen thérapeutique ancien et aujourd'hui abandonné? Nous voulons parler du séton, des caustiques amenant des suppurations prolongées; Billod, Baillarger (Société médico-psychologique, 1876) annonçaient de bons résultats ainsi obtenus dans le traitement de la paralysie générale. On a tenté en Allemagne d'inoculer l'érysipèle pour modifier des états vésaniques. Le moment ne serait-il pas venu de reprendre l'étude

de cet ordre de faits en s'éclairant aux lumières de la bactériologie? L'effet incontestable d'une infection très virulente sur l'état mental, considéré comme incurable; de la malade de notre deuxième observation, pourrait servir d'amorce à des recherches thérapeutiques basées sur l'inoculation de cultures microbiennes dont on sait aujourd'hui faire varier la virulence, et dont l'action pourrait être dosée après des études expérimentales conduites nécessairement avec toute la prudence que réclame un pareil sujet.

Si, en marchant dans cette voie, des résultats favorables étaient acquis, nous pourrions assister à une véritable révolution dans la thérapeutique des maladies mentales.

NOTE COMPLÉMENTAIRE. — Depuis l'envoi de notre manuscrit, le D^r Catala, notre successeur à Saint-Lizier, a tenté ces expériences que nous désirions voir se réaliser. Dans sa thèse intitulée : *Essai d'un nouveau traitement des maladies mentales et de l'épilepsie*, notre collègue et ami, prenant à son compte l'hypothèse que nous venons de poser, a cherché « à donner à ses malades une infection microbienne artificielle que l'on pourrait doser et graduer à volonté,... dont on aurait les avantages sans en avoir les risques... » Nous croyons utile de résumer ici cet essai. Voici d'abord la technique suivie :

1° Injections quotidiennes de toxines de streptocoques (provenant du laboratoire du D^r Marmorek, de l'Institut Pasteur); les doses progressives ont été de 1/4 de centimètre cube à 1 centimètre cube.

2° Injection de 1 centimètre cube d'essence de térébenthine provoquant un abcès aseptique qu'on laissait évoluer jusqu'au moment où « l'ouverture naturelle paraissait imminente ».

Les injections de toxines ont pu être continuées dans

certain cas jusqu'à trente-cinq jours sans amener autre chose qu'une élévation thermique de « 7 à 9 dixièmes de degré ».

Les malades choisis étaient des *chroniques* dont l'incurabilité était *cliniquement* constatée, d'une bonne santé physique et présentant « des phénomènes morbides très nets et très accusés... »

Malgré ces conditions défectueuses, jointes à la prudence extrême que demandait un essai inédit, les résultats obtenus ont été très encourageants. Il y a eu *amélioration notable* de l'état mental : 1° chez un épileptique arrivé presque à la période démentielle ; 2° chez une paranoïque (délire de persécution remontant à huit ans au moins) ; 3° chez un maniaque chronique (dégénéré héréditaire) ; — deux *guérisons probables* (la thèse a été présentée avant la sortie des malades) chez une maniaque aigüe (le seul cas récent traité), et chez une folle hystérique. Pour d'autres malades, l'amélioration a été moins marquée, ou bien le délire a reparu (le traitement a été de très courte durée). Il y a un échec complet dans un cas d'hébéphrénie et dans un cas de manie chronique (les deux malades étaient des héréditaires).

Nous sommes persuadés que cet essai, que notre ami, pour des raisons indépendantes de sa volonté, n'a pu prolonger comme il l'aurait désiré, appelle de nouvelles expériences. La première tentative a porté des fruits appréciables, et avec des perfectionnements dans la technique, un choix plus varié des toxines, une plus longue durée du traitement, on pourra obtenir des résultats plus satisfaisants.

Devant la pénurie actuelle de la thérapeutique des maladies mentales, on ne peut qu'accueillir avec plaisir cette méthode, qui ouvre une nouvelle voie encore à peine tracée.

CH. A.

Revue critique.

CRÉATION D'ASILES SPÉCIAUX POUR LES ALIÉNÉS CRIMINELS

RAPPORT PRÉSENTÉ AU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Par le D^r A. REGNARD

MESSIEURS,

J'ai l'honneur, au nom de votre 4^e section, de vous présenter le rapport relatif à la création d'asiles spéciaux pour l'internement des aliénés particulièrement dangereux, s'étant déjà signalés comme tels et désignés généralement sous la dénomination d'aliénés criminels (1). Tout d'abord, cette expression me paraît devoir être conservée, bien que, chez nous, un certain nombre d'auteurs préfèrent la formule « aliénés *dits* criminels » ; cela, surtout, en conformité de la définition inscrite à l'article 64 du Code pénal : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action ». Mais on est d'autant plus fondé à critiquer cette proposition, d'ordre essentiellement métaphysique, que la réforme de notre Code pénal étant à l'étude, on a presque le devoir d'en signaler les imperfections. Or, le législateur de 1810 semble avoir oublié

(1) Le 4 avril 1900, sur la demande de M. le ministre de l'intérieur, j'ai présenté un travail analogue à mes collègues, les inspecteurs généraux de l'Assistance publique, qui ont bien voulu l'approuver dans son ensemble.

une chose : c'est que, dans tout crime, il faut considérer non seulement celui qui l'a commis, mais encore celui qui en est la victime, en un mot, l'acte criminel avec toutes ses conséquences.

Si le crime. — le délit, au sens large du mot, — est l'acte qui lèse la justice, c'est-à-dire l'intérêt général (1), lequel implique naturellement la somme des intérêts particuliers, sa véritable mesure est le dommage qu'il cause à la société (2). Il résulte de cette définition, seule adéquate, que le délinquant doit répondre du dommage qu'il a causé en proportion de ce dommage, quelles que soient les causes qui l'ont déterminé. Du reste, la loi proclame aussi que « chacun est responsable des dommages causés par son fait ». Et, en réalité, l'aliéné meurtrier est enfermé le plus souvent, — et avec raison, — pour le reste de ses jours, plus durement traité que tel assassin qui, n'obtenant pas la « faveur » d'un non-lieu, s'en tire avec quelques années de réclusion. Heureux encore lorsque, sous prétexte de crime soi-disant passionnel, il n'est pas rendu d'emblée à la société, qui n'en peut mais. Si j'ajoute que dans certains cas la limite est à peu près impossible à tracer entre le crime et la folie, je serai complètement justifié en employant le terme d'*aliénés criminels*, officiellement adopté aujourd'hui dans les autres pays (3).

I

La réforme de Pinel, à l'époque de la Révolution, eut un retentissement considérable chez toutes les nations civilisées. En Angleterre, comme ailleurs, l'aliéné assassin était souvent pendu, à moins qu'il n'eût la chance de s'en tirer avec la servitude pénale ou la

(1) Aristote, « La justice, c'est-à-dire l'intérêt général », *Polit.*, III, 12.

(2) Beccaria, *Des délits et des peines*, § 24. « La grandeur du crime, dit-il encore, ne dépend point de l'intention de celui qui le commet : car l'intention du coupable dépend des impressions causées par les objets présents et des dispositions de l'âme » (p. 139 et 140 de l'édition Faustin-Hélie; Paris, Guillaumin, 1856).

(3) *Criminal Lunatics* (Angleterre), *Insane criminals* (Etats-Unis), *Pazzi criminali* (Italie), *Irre Verbrecher* (Allemagne),

transportation. En 1800, à la suite de l'attentat de Hadfield sur la personne de George III, ledit Hadfield, reconnu aliéné, fut interné pour un temps indéterminé, et à cette occasion on promulgua une loi décidant que :

« Dans tous les cas où une personne est accusée de trahison, de meurtre ou de félonie, s'il est prouvé que cette personne était aliénée au moment où le crime a été commis, et si elle est acquittée, le jury déclarera qu'elle est acquittée pour cause d'aliénation mentale; et, comme conséquence de ce verdict, la Cour ordonnera que cette personne soit retenue sous une étroite surveillance, dans tel lieu et de telle manière qu'il lui semblera bon, jusqu'à ce que Sa Majesté ait fait connaître son bon plaisir. Les mêmes mesures sont applicables à toute personne inculpée de quelque crime que ce soit, et reconnue aliénée, soit au moment de la mise en accusation, soit au cours du procès. » (*Insane offender's Act*; 39 et 40, George III, c. 94; 28 juillet 1800.) J'ai tenu à citer ce premier spécimen de la législation sur la matière.

Malheureusement, on n'avait pas dit à qui incomberait la dépense; aussi, les seuls aliénés criminels ayant quelques moyens purent-ils être entretenus dans les asiles de comté; les autres restèrent en prison. Pourtant, en 1816, un bâtiment spécial fut affecté à Bedlam (ou Bethléem) à un certain nombre de ces aliénés. Le résultat fut peu satisfaisant. En 1852, lord Shaftesbury fit une motion tendant à la création d'un asile spécial. Mais c'est seulement en 1860 qu'une loi prescrivit la création d'un tel asile, lequel s'ouvrit en 1863, pour 600 internés environ, dans le comté de Berk, sous le nom de *Broadmoor criminal Lunatics Asylum* (1). Une loi de 1884 (47 et 48 Vict. c. 64), dite *Criminal Luna-*

Aliénés criminels (Belgique). — Ajoutons que même les légistes emploient couramment cette expression chez nous. Cf. Guiband, avocat à la Cour d'appel, attaché au parquet de la Seine, *Des aliénés criminels*, Paris, 1898; Constant, avocat, *Des aliénés criminels*, Paris, 1897, etc.

(1) Voy. l'intéressant rapport de M. le Dr Motet, in *Bulletin de la Société générale des prisons*, 1884, p. 163 et suiv., et le travail du Dr Nicolson, *A chapter in the history of criminal lunacy in England*, in *Journal of mental science*, 1877.

tics' Act, a réglé définitivement tous les détails de cette organisation.

A Broadmoor sont reçus :

a) Les *aliénés criminels non jugés*, soit : 1° ceux qui ont été reconnus aliénés avant le procès ; 2° ceux qui ont été reconnus tels pendant l'instruction ;

b) Les *aliénés criminels jugés*, soit : 1° ceux qui ont été acquittés comme fous ; 2° ceux qui ont bénéficié d'un sursis, pour la même cause, dans le cas de condamnation capitale. Ces deux catégories, ainsi que la précédente (aliénés reconnus tels pendant l'instruction), sont gardées *at His Majesty's pleasure*, ce qui équivaut au « jusqu'à nouvel ordre » de nos arrêtés administratifs ; 3° les *convicts* (condamnés à la servitude pénale) devenus aliénés en prison. Ceux-ci sont maintenus soit à Broadmoor (1), soit dans les prisons de comté, jusqu'à l'expiration de leur peine. Ils peuvent être aussi envoyés à l'établissement privé de *Fisherton House*, qui paraît, à ce point de vue, comme une annexe de Broadmoor. Quant aux prisonniers de « courtes peines », ils sont, en cas de folie, transférés dans les asiles de comté.

L'Ecosse possède aussi un asile d'aliénés criminels. Bien que se reliant, au point de vue administratif, à la prison générale de Perth, il en est complètement isolé ; on y reçoit les mêmes catégories qu'à Broadmoor, et de plus, occasionnellement, les aliénés provenant des prisons de courte peine. Il en est de même à l'asile d'Etat de Dundrum, en Irlande.

II

Pourquoi cet exemple donné par la Grande-Bretagne depuis plus d'un demi-siècle n'a-t-il pas été suivi plus tôt sur le continent ? Exemple excellent et enfin reconnu comme tel, puisque, après bien des atermoiements, cette mesure a été adoptée dans ces dernières années

(1) On a ouvert, comme annexe à la prison des Invalides de Woking, un quartier spécial pour les convicts devenus aliénés, où ceux-ci, à tort, ont été traités beaucoup plus rigoureusement qu'à Broadmoor.

par la plupart des nations de l'Europe. Ces tergiversations paraissent devoir être attribuées à deux causes. La première se rapporte à l'influence d'une insuffisante philosophie, dont les adeptes, tout en prétendant se borner à la constatation pure et simple des faits, les subordonnent en réalité à la conception d'un « moi » transcendantal et d'une illusoire unité psychique.

La deuxième cause de cette résistance, se rattachant d'ailleurs à la première, c'est l'idée courante que « les aliénés sont des malades comme les autres ». Comme ils ont perdu leur soi-disant libre arbitre, on ne saurait les incriminer, eussent-ils tué père et mère, en attendant de pouvoir contribuer, dans la mesure de leur force, à l'extermination du genre humain ; d'autre part, étant des malades comme les autres, on doit les traiter comme tels, s'occuper uniquement de les soigner, — et que la société s'en tire comme elle pourra (1) !

Malades, soit ! Mais il faut bien reconnaître qu'il y en a de toutes sortes et qu'un sujet atteint d'une dégénérescence des centres affectifs et moraux, telle que son plus grand désir est de vous planter son couteau dans le ventre ou d'incendier avec acharnement maisons et récoltes, devient aussi redoutable qu'un individu atteint d'affection contagieuse, qu'un pestiféré, et mérite à son tour d'être séquestré, mis hors d'état de nuire. Car, on ne saurait l'oublier, dans toute société organisée, c'est-à-dire dans l'Etat, ce qui doit prévaloir, c'est le souci de l'utilité sociale, de l'intérêt général. En cas de conflit, la théorie de la liberté individuelle doit céder le pas au principe de la sécurité sociale.

Or, pour ce qui regarde les aliénés criminels, cela ne peut avoir lieu dans un asile ordinaire, où les évasions sont toujours faciles et, de fait, trop fréquentes. Ou bien alors il faut y installer un « quartier de sûreté », dont l'aménagement forme, avec le reste de l'asile, ce contraste qui vous choque et que vous voulez éviter. L'ex-

(1) M. le Dr A. Ritti, directeur des *Annales médico-psychologiques*, a réuni depuis trois ans (1898-1900), dans son journal, les exploits de 226 aliénés laissés en liberté, qui n'ont pas commis moins de 97 assassinats, sans parler de 133 cas de blessures graves, suicides, etc.

périence a fait justice de ces soi-disant quartiers de sûreté, comme était celui de Bicêtre « qui tient le milieu, dit un auteur, entre une petite prison et une ménagerie » (1). Sans doute, on peut en établir dans de meilleures conditions. Mais ce quartier devra être édifié sur le terrain de l'asile ; il se compliquera de barreaux et de hautes murailles, en un mot de tout l'appareil nécessaire pour prévenir, dans la mesure du possible, les évasions. De fait, ce sera un petit asile spécial, dépendant, il est vrai, d'un asile ordinaire, mais extrêmement coûteux à établir. Et au lieu de deux ou trois maisons d'Etat, c'est vingt ou trente petits asiles spéciaux qu'il faudra installer. Et qui payera les frais ? Certes, en matière d'assistance, cet argument ne saurait constituer une raison suffisante, — quoique bien lourde, — dans la balance. Mais il faudra, dans chacun de ces multiples quartiers, un personnel approprié et qui sera exposé aux pires accidents. J'entends bien que celui des asiles spéciaux n'en est pas indemne, témoin le cas du D^r Orange, directeur de Broadmoor, qui fut un jour à moitié assommé par un interné. Mais encore cela ne concerne-t-il que le seul D^r Orange et son personnel, au lieu de vingt ou trente médecins dans vingt ou trente quartiers de sûreté. Le mal est inévitable, mais il est circonscrit ; de plus, la nature spéciale des aliénés à mauvais instincts, réunis en masse dans le même local, fait que l'on se tient plus constamment sur ses gardes (2). En outre, et puisqu'on a fait allusion à certaines susceptibilités, il peut paraître pénible pour les parents de voir leurs fous tranquilles et inoffensifs, ou à peu près, enfermés dans le même établissement que des aliénés incendiaires et assassins. Et, en vérité, à une époque où les meilleurs esprits cherchent à supprimer les cellules, n'y aurait-il pas quelque chose de terriblement choquant à trouver

(1) Voy. le rapport du D^r Northong Manning, in *Compte rendu du Congrès international de médecine mentale de 1878* (séances des 5-10 août).

(2) Ajoutons que les nouveaux projets de loi sur les aliénés en Belgique, en Italie, en Espagne, en Portugal, prévoient la création, non de quartiers, mais d'*asiles spéciaux* pour les aliénés criminels.

dans l'asile même un quartier rempli de cellules, armé de grilles et de barreaux, comme il en faut nécessairement dans un asile spécial (1)?

III

Car, il importe de le signaler en passant, c'est une erreur de croire que l'aliéné criminel est méchant parce qu'il a perdu « le bien de l'intelligence », encore que celle-ci soit, chez lui, singulièrement obscurcie. Le plus souvent, c'est un dégénéré, parfois sans délire spécial, un « imbécile »; les mauvais instincts se font jour, à l'occasion et avec la plus grande facilité, chez cet être borné, héréditairement mauvais. Un grand nombre d'aliénés, dans un asile, détestent le médecin, considéré par eux comme le fauteur de leur détention; un seul, véritablement criminel de nature, se dit qu'il « lui fera son affaire », et, trop souvent, il la lui fait. Aucune profession, peut-être, ne fournit autant de noms que celle du médecin d'asile à la déplorable liste des victimes du devoir. Ne l'oublions pas, d'ailleurs, ces condamnés, aux instincts détestables, devenus aliénés dans la prison, forment la transition entre les criminels simples et les aliénés à tendance criminelle. On a parlé d'erreurs judiciaires, et on a eu raison (2). Mais, outre que les chiffres ont été, peut-être, exagérés (3), on n'a pas assez fait attention que l'apparition de la folie avant ou après le crime n'est le plus souvent qu'une question de chance, la cause qui produit l'un et l'autre étant, dans beaucoup

(1) Les intéressés trouveront dans le rapport de M. le Dr Bourneville, resté fidèle au système des quartiers spéciaux, tous les arguments présentés en leur faveur. (Rapport présenté à la Chambre des députés, session de 1889, au nom de la commission chargée d'examiner le projet de loi adopté par le Sénat, tendant à la revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.)

(2) Voy. les intéressants travaux de MM. Paul Garnier, Vallon, S. Garnier, Giraud, Pactet, Taty, etc., et la deuxième note de M. H. Monod sur les *Aliénés méconnus et condamnés* (in fascicule n° 50 du Conseil supérieur de l'Assistance publique).

(3) D'après le Dr Motet, on arrive à une proportion de 2 aliénés méconnus sur 10.000 jugés.

de cas, la même, je veux dire : la dégénérescence du sujet (1).

C'est ce que pressentait déjà Ferrus lorsqu'il écrivait en 1850 : « On a été conduit, du reste, par des observations fréquemment répétées, à faire une assimilation entre certains criminels et les aliénés ; on s'est demandé, en un mot, s'il existe beaucoup de détenus qui soient en même temps plus ou moins aliénés. Or, *l'affirmative n'est pas douteuse*. Assurément, un certain nombre de détenus peuvent être déclarés tels, si l'on prend le mot aliéné dans son acception véritable et la plus générique ; en d'autres termes, bien des prisonniers sont, par les conditions défavorables de leur organisation, ou, si l'on préfère, par leurs dispositions originelles, une enfance inculte, une éducation vicieuse, incapables de peser très judicieusement le bien et le mal, et dès lors, de se pénétrer parfaitement des conditions morales de l'état social, et de se soumettre, avec connaissance de cause, aux lois sur lesquelles il est assis. Oui, il se rencontre fréquemment dans les prisons des individus de cette espèce, c'est-à-dire à conception obtuse, qui, sans présenter des caractères précis d'aliénation mentale, offrent des degrés incomplets de cette affection, et dont l'état est comparable à un semi-idiotisme (2). »

Mon intention n'est pas d'entrer ici dans la discussion de ces graves problèmes : ce n'est pas le lieu,

(1) Le Dr C. Moeli a insisté sur ce fait que la folie est beaucoup plus fréquente dans « l'armée du crime » que dans la population ordinaire (*Ueber irre Verbrecher*, p. 180, Berlin, 1888). Le Dr Motet a trouvé, dans le département de la Seine, 4,5 aliénés sur 1.000 prisonniers, la proportion n'étant que de 1,38 pour 1.000 habitants. Voy. *Annales d'hygiène publique*, 1879.

(2) G. Ferrus, *Des prisonniers, de l'emprisonnement et des prisons*. Paris, 1850, p. 63 sq. On savait déjà, à cette époque, à quoi s'en tenir sur la soi-disant *folie pénitentiaire* et que la raison s'en trouvait non dans l'emprisonnement, mais dans le prisonnier lui-même. (Cf. Dr Sauze, *Recherches sur la folie pénitentiaire*, in *Annales médico-psychologiques*, 1857, p. 28 sq.) — Cf. Magnan et Legrain, *Les dégénérés*, Paris, 1895 : « Par le fait même de son état mental, le dégénéré devient souvent un délinquant » (p. 181) ; et p. 182 : « Si l'on examine maintenant les criminels, on ne peut nier que beaucoup possèdent les attributs de la dégénérescence. »

encore qu'ils planent sur la question tout entière (1). Au moins fallait-il les signaler.

IV

Cependant, on avait ouvert, chez nous, en 1876, le quartier de Gaillon, destiné à recevoir les criminels devenus aliénés en prison. C'était, en somme, ce que nos voisins d'outre-Manche avaient réalisé à Bedlam au commencement du siècle ; mais, ici, avec plus de soin et de méthode.

En 1882, enfin, à la suite d'une discussion approfondie, la Société médico-psychologique de Paris franchit le pas et se prononça pour la création d'asiles spéciaux (séance du 17 juillet 1882) (2). Dans la séance du 30 octobre, M. le D^r Motet donnait lecture de l'article suivant, à insérer dans le projet relatif à la réforme de la loi de 1838 (3), et ainsi conçu :

ART. 33. — Sont conduits et retenus dans un asile spécial ou des quartiers spéciaux d'aliénés :

1° Les condamnés qui, au cours de leur peine, sont atteints d'aliénation mentale ;

2° Ceux qui, antérieurement à l'époque où la folie se déclare, ont été condamnés à une peine afflictive et infamante ;

(1) Cf. Maudsley, *Pathology of Mind*, p. 102 sq. et *passim*, London, 1879. — Féré, *Dégénérescence et criminalité*, p. 85 sq. Paris, Alcan, 1888. — Tamburini e Sepelli, *Studio di psicopatologia criminale*, Reggio Emilia, 1883. — Thomson, *On hereditary nature of crime* (*Journal of mental science*, 1870). — Th. Ribot, *Les maladies de la volonté*, Paris, Alcan, 1884. — D^r Henri Colin, *Les aliénés vicieux dans les asiles*, Paris, 1900. — Voy. aussi les travaux de Lombroso et ceux de ses élèves, notamment : Enrico Ferri, *L'omicidio*, Torino, 1895.

Notre grand Esquirol, auquel rien n'a échappé, écrit, en faisant allusion à certains cas : « Les aliénés tuent par ressentiment, par vengeance. » (*Les maladies mentales*, t. II, p. 337, Paris, 1838.)

(2) *Annales médico-psychologiques*, 1882, t. VIII, p. 197.

(3) Voy. le mémoire de M. l'inspecteur général Fournier ; *Le Condamné aliéné* (8^e question de la 11^e section du V^e Congrès pénitentiaire international, Paris, 1895).

3° Ceux qui ont commis dans l'asile où ils sont placés un acte qualifié crime ;

4° Ceux qui, ayant commis des crimes passibles d'une peine afflictive et infamante, ont été relevés ou acquittés comme irresponsables à raison de leur état mental.

C'est assurément sous l'influence de ces idées que le Sénat, dans son texte du 11 mars 1887, relatif à la revision de la loi du 11 juin 1838 sur les aliénés, inséra l'article suivant :

ART. 38. — L'Etat fera construire ou approprier un asile spécial ou plusieurs asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels de l'un ou l'autre sexe, où seront conduits et retenus, en vertu d'une décision du ministre de l'intérieur, les aliénés mis à la disposition de l'autorité administrative, en exécution de l'article 37.

Pourront également y être conduits et retenus, en vertu d'une décision du ministre de l'intérieur, sur la proposition du Comité supérieur des aliénés :

1° Les aliénés qui, placés dans un asile, y auront commis un acte qualifié crime ou délit contre les personnes ;

2° Les condamnés à une peine correctionnelle de moins d'un an d'emprisonnement qui deviennent aliénés pendant qu'ils subissent leur peine ;

3° Les condamnés reconnus aliénés, dont il a été parlé à l'article 36, lorsque, à l'expiration de leur peine, le ministre de l'intérieur aura reconnu dangereux, soit de les remettre en liberté, soit de les transférer dans l'asile de leur département.

Tout aliéné traité dans l'asile ou les asiles spéciaux créés en vertu du présent article peut être transféré dans l'asile de son département, en vertu d'une décision du ministre de l'intérieur, rendue sur la proposition motivée du médecin traitant, et après avis du Conseil supérieur.

En Belgique, le 14 avril 1890, M. Lejeune étant ministre de la justice, un projet de loi était formulé, comportant les articles ci-dessous :

ART. 1^{er}. — Il sera établi aux frais de l'Etat, sous la dénomination : *Asile spécial de l'Etat*, des asiles

affectés à l'internement et au traitement des aliénés des deux sexes, qui sont l'objet de la présente loi.

ART. 2. — Les condamnés aux travaux forcés, à la réclusion et à l'emprisonnement correctionnel, atteints d'aliénation mentale, sont internés dans un asile spécial de l'Etat.

Lorsque l'aliénation mentale s'est déclarée pendant que le condamné subissait sa peine, le transfèrement dans un asile spécial de l'Etat a lieu sur la réquisition de l'officier du ministère public près la cour ou le tribunal qui a prononcé la condamnation.

L'internement dans l'asile spécial de l'Etat est toujours imputé sur la durée de la peine.

ART. 3. — La cour d'assises en chambre du conseil, lorsqu'elle estime qu'il y a lieu de rechercher si l'accusé qui a été l'objet d'un verdict de non-lieu n'est pas atteint d'aliénation mentale, peut, après l'acquittement, le renvoyer devant la chambre du conseil du tribunal de première instance séant dans la même ville, et ordonner qu'il sera provisoirement placé dans un asile spécial de l'Etat.

ART. 4. — L'internement dans un asile spécial de l'Etat sera ordonné lorsque l'aliéné aura manifesté des instincts homicides ou le penchant au viol ou à l'incendie et lorsque ses mœurs dépravées ou ses habitudes perverses le rendraient dangereux pour les autres malades.

ART. 7. — Les individus dont l'internement dans un asile spécial de l'Etat a été ordonné pour cause d'instincts homicides, ou de penchant au viol ou à l'incendie, ne sont mis en liberté qu'en vertu d'une décision rendue par le comité d'inspection de surveillance de l'asile, sur le vu de la déclaration mentionnée au paragraphe 1^{er} de l'article 3 de la loi du 23 janvier 1874.

Le 26 novembre 1891, M. G. Nicotera, ministre de l'intérieur du royaume d'Italie, déposait sur le bureau du Sénat, à la suite d'un rapport de M. Lombroso, un projet analogue. Inutile de reproduire ici l'énumération des catégories d'aliénés criminels à renfermer, naturellement semblables aux précédentes. J'indiquerai seule-

ment les dispositions relatives à l'entrée et à la sortie des sujets dans ces *manicomi criminali*. C'est le ministre de l'intérieur qui ordonne le transfèrement de la prison au manicomie, sur le certificat de « l'officier sanitaire » de l'établissement, et, le cas échéant, d'après la décision d'autres médecins aliénistes. L'autorité judiciaire peut y envoyer aussi les prévenus en observation ou à fin d'expertise. Quant à la sortie, elle a lieu seulement lorsque le directeur du manicomie, assisté, à l'occasion, par un ou plusieurs autres médecins aliénistes, a certifié la cessation de l'état dangereux pour lequel le sujet avait été enfermé.

Une disposition très importante de ce projet de loi consiste dans la création de quartiers d'observation destinés aux sujets suspects, — dans les prisons comme dans les asiles ordinaires (1).

Et ce n'est pas seulement, dans ces derniers temps, la Belgique et l'Italie qui s'engagent résolument dans cette voie. Il me faut citer encore les projets de loi espagnol (1894) (2) et portugais (1895) prescrivant l'organisation de ces asiles. Ces projets ne sont pas tous réalisés, tant s'en faut; mais en Italie, les *manicomi criminali* de Montelupo (1892) et d'Aversa fonctionnent depuis quelques années (3). Un troisième asile spécial a été ouvert plus récemment à Reggio Emilia. Même en Allemagne, où prévalaient jusqu'ici les théories métaphysiques, on s'est décidé à ouvrir un local spécial pour les criminels aliénés, comme annexe à la prison de Moabit (Berlin); un autre existe à la prison de Bruchsal, dans le grand-duché de Bade; un troisième se rattache à celle de Waldheim, en Saxe. En 1892, s'est ouvert aux Etats-Unis, sur un plateau élevé, au bord de la rivière Hudson, et près des villes de Matteawan et de Fishkill, le *New York State Asylum for*

(1) Cf. *Archivio di Psichiatria*, 1892, p. 15.

(2) Projet de loi déposé le 4 avril 1894 au Sénat espagnol. Voy. *Bulletin de la Société des prisons*, 1894, p. 717, et Lallier, *Mémoire sur les mesures à prendre à l'égard des aliénés dits criminels*, Paris, 1896.

(3) *Relazione a S. E. il ministro dell' Interno sulla ispezione dei manicomi del Regno* (*Archivio di Psichiatria*, 1892, p. 5).

insane Criminals, asile spécial complet, renfermant à la fois des condamnés aliénés et des aliénés criminels sans condamnation (1).

Signalons aussi la résolution votée à l'unanimité par le Congrès d'anthropologie criminelle de Bruxelles (1893), auquel assistaient un grand nombre d'aliénistes et de juristes très éminents, de tous les pays, entre autres MM. Magnan, Motet, P. Garnier, Bénédict, Tarde, Lejeune, etc. Le Congrès émit le vœu de voir se créer des asiles spéciaux, distincts des prisons et des asiles d'aliénés existants; ces asiles s'imposent tant au point de vue médical qu'au point de vue pénal (2). En 1895, le Congrès pénitentiaire international de Paris affirmait également, après un lucide exposé de M. Motet, la nécessité de la création d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels (3). Des conclusions analogues étaient adoptées par le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Marseille, en 1899 (4).

Enfin, dans son beau discours prononcé à l'inauguration du Congrès international de psychiatrie de 1900, le président, M. le Dr Magnan, s'exprimait ainsi : « Un dernier groupe que l'on tend de plus en plus à éloigner de l'asile comprend certains aliénés dits criminels, non point le paralytique général ou le sujet nettement aliéné qui a commis un crime ou un délit, mais le dégénéré fou moral, pour lequel on hésite parfois aujourd'hui

(1) Voy. Pons, *Des asiles d'aliénés criminels*, in *Annales médico-psychologiques*, 1899, t. III, 378.

(2) Actes du 3^e Congrès d'anthropologie criminelle, Bruxelles, 1893, p. 481.

(3) *Bulletin de la Société générale des prisons*, 1895, p. 1037 et 1085.

(4) Compte rendu publié par M. le Dr Boubila, Marseille, 1899, p. 179 et 508. On n'a pas oublié ici les cas relatifs à l'armée et à la marine. Après une discussion à laquelle ont pris part MM. S. Garnier, Vallon, Drouineau et Régis, le Congrès a adopté le vœu suivant formulé par ce dernier : « Le Congrès émet le vœu que l'expertise médico-légale soit organisée devant les tribunaux de terre et de mer comme devant les tribunaux civils, et en particulier que l'examen mental de tout militaire en prévention soit fait par les médecins du corps, avec adjonction possible, sur leur demande, d'experts civils pris sur la liste dressée chaque année par le tribunal du ressort. »

entre la prison et l'asile; sa présence parmi les aliénés ordinaires est presque toujours une cause de trouble, et il ne semble guère possible de différer plus longtemps l'installation d'un établissement spécial dans le genre de Broadmoor, avec une réglementation et même une législation particulières. »

Ainsi le raisonnement, l'expérience, l'avis des plus hautes personnalités du monde scientifique, la pratique de plus en plus généralisée des différentes nations, tout concourt à démontrer l'urgence d'une pareille mesure, la création, chez nous, d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels.

V

Le principe une fois adopté, la première question qui se pose est celle du nombre des asiles à créer. Ici, en effet, se dresse tout d'abord, au point de vue de la réalisation, le problème des voies et moyens; s'il importe de faire le nécessaire, on ne saurait oublier que la fortune publique doit être ménagée. Plus le nombre des asiles spéciaux à établir dès le début sera restreint, plus nous aurons chance d'aboutir. Or, voici les résultats auxquels je suis arrivé quant au chiffre approximatif — parfaitement suffisant dans l'espèce — des aliénés criminels enfermés dans nos établissements.

J'ai fondé mes observations sur 10 asiles départementaux, que j'ai eu l'occasion d'inspecter plus récemment (1). D'après ce que j'ai pu constater, et d'après les renseignements très précis qui m'ont été fournis par les directeurs-médecins de ces établissements, je n'ai pas trouvé moins de 300 aliénés délinquants, en chiffre rond, — soit, en moyenne, 30 par asile, — soit, en multipliant par 82 — chiffre des établissements départementaux et des asiles privés faisant fonctions d'asiles publics, — un total environ de 2.400 aliénés délinquants.

(1) Ceux de Quimper, de Lesvellec (Morbihan), Rennes, Quatre-Mares (Seine-Inférieure), Saint-Venant (Pas-de-Calais) (femmes), Armentières (Nord), Saint-Georges (Bourg), Saint-Robert (Isère), Saint-Ylie (Jura), Bassens (Savoie). Ces asiles renferment chacun de 500 à 800 malades.

Il faudrait donc cinq asiles spéciaux avec 500 internés. Mais il n'y a pas de nécessité urgente à séquestrer tous ces gens-là. On peut très bien, au moins jusqu'à nouvel ordre, laisser les vagabonds, voleurs et autres dans les asiles ordinaires. Les médecins anglais exagèrent beaucoup les inconvénients de cette situation, se plaignant des habitudes grossières, des propos orduriers de ces malades. Mais en vérité, il ne faut pas avoir mis le pied dans un asile pour ignorer que les aliénés les plus « comme il faut », même les pensionnaires, tiennent de tels propos. En tout cas, les inconvénients de ce mélange sont d'ordre secondaire. Ce qu'il importe, c'est de séquestrer, dans l'intérêt de tous, les meurtriers, les incendiaires et les auteurs d'attentat à la pudeur avec violence. On pourrait y joindre les aliénés particulièrement dangereux et mauvais, enfermés déjà dans les asiles, et que les médecins signaleraient comme une cause de trouble et de péril permanent, tant pour le personnel que pour les administrés. Sur les 2.400 aliénés signalés plus haut, on en trouverait à peine 1.500 rentrant dans ces diverses catégories; trois asiles spéciaux suffiraient donc largement (1).

Resterait à indiquer le mode d'entrée et de sortie; mais c'est un soin que nous devons laisser à d'autres, au moins pour ce qui concerne les détails. Qu'il me soit permis, cependant, de rappeler aux personnes tentées de substituer l'autorité judiciaire à la compétence du médecin, les paroles prononcées par M. Barbier, premier président de la Cour de cassation, au Congrès international de médecine mentale tenu à Paris, en 1889 :

(1) A l'asile de Saint-Ylie (Jura), il y avait l'année dernière 66 aliénés délinquants, dont 57 criminels proprement dits, soit 40 coupables d'attentat contre les personnes, et 17 incendiaires; à Bassens (Savoie), 48 aliénés délinquants dont 8 assassins et 20 incendiaires. M. le Dr Dumaz, médecin-directeur de cet asile, a été l'un des premiers à réclamer à ce propos. Sur les 36 criminels que renferme cet asile, 21 sont signalés comme débiles ou dégénérés, 10 comme persécutés et lypémaniaques, 5 comme atteints de folie alcoolique. A Saint-Robert (Isère), on comptait, en 1899, 44 délinquants dont 24 incendiaires et meurtriers. Parmi ces derniers, l'un avait tué son père, l'autre sa fille, un troisième son beau-frère. Malades exceptionnels, tout de même !

« C'est un axiome de droit moderne que, chaque fois que la cause à juger comporte un côté scientifique, la magistrature ne peut se prononcer que d'après l'avis des hommes de science, seuls compétents. »

Un dernier mot pour rassurer ceux qui redouteraient les rigueurs du nouveau régime appliqué à ces misérables êtres. Il est bien entendu d'abord que pour eux, comme pour les criminels simples, il ne s'agit plus de punir au sens religieux, suranné, du mot; la société n'a qu'un droit, celui de se préserver, en mettant tous ces gens-là hors d'état de nuire. Or, il est de notoriété que dans la plupart des asiles spéciaux établis à l'étranger, les internés sont traités avec toute la douceur que comporte leur état. « A l'asile de Perth, disent des observateurs récents, on retrouve, atténuées, les mêmes préoccupations de confortable et de liberté que nous avons constatées ailleurs. C'est ainsi qu'une des premières choses qui nous frappent dans notre visite à cet asile d'aliénés criminels, ce sont des fleurs répandues partout et des pianos qui permettent les bals auxquels les hommes et les femmes prennent part en commun (1) ».

Ainsi, Messieurs, l'installation des asiles spéciaux permet d'atteindre ce double but : d'une part, la préservation du corps social ainsi garanti contre les fureurs des anti-sociaux déséquilibrés ; de l'autre, l'amélioration du sort de ces malheureux, traités avec tous les soins que comporte leur état, et contraints de vivre dans un isolement et une tranquillité qui, pour être imposés, n'en produisent pas moins, chez le plus grand nombre, un état de paix, de calme relatif, impossible à réaliser, pour eux, dans cette société qu'ils maudissent et pour laquelle ils ne sont pas faits.

Comme conséquence et comme sanction des faits et des principes exposés ci-dessus, j'ai l'honneur de vous soumettre, au nom de votre 4^e section, l'ensemble des mesures suivantes, dont l'exécution est, du reste, parfaitement compatible avec les dispositions de la loi de 1838 :

I. Il sera créé sur le territoire de la République, au

(1) Rapport au Conseil général de la Seine au nom de la sous-

fur et à mesure des besoins, des asiles spéciaux pour l'internement et le traitement des aliénés criminels.

II. Ces établissements seront dénommés : Asiles d'Etat pour les aliénés criminels. Les frais de construction et d'installation seront supportés par l'Etat ; les frais d'entretien des internés seront acquittés par les départements, en conformité des prescriptions de la loi de 1838.

III. La population de ces asiles comprendra :

1° Les *individus condamnés et devenus aliénés* pendant l'accomplissement de leur peine ;

2° Ceux qui auront été *reconnus aliénés au cours de l'instruction ou du procès*, et relevés ou acquittés comme tels ;

3° Exceptionnellement, les individus signalés comme spécialement dangereux par les médecins dans les asiles ordinaires.

IV. Les condamnés devenus aliénés dans la prison seront placés dans l'asile spécial par ordre de M. le Ministre de l'Intérieur. En dehors de ce fait, aucune décision relative à l'entrée ou à la sortie d'un aliéné ne pourra être prise sans une expertise médico-légale, qui devra être entourée de toutes les garanties désirables (1).

commission chargée d'étudier l'assistance des aliénés en Angleterre et en Ecosse (1898) (MM. Navarre, Paul Brousse, Pelletier; rapporteur M. E. Toulouse).

(1) Il ne nous appartenait pas de nous prononcer ici sur le projet relatif à la réforme de la loi de 1838, actuellement présenté à la Chambre des députés, qui ne l'a pas encore examiné; sans compter que cette loi, excellente dans ses dispositions générales, ne nous paraît devoir être modifiée que dans certains détails de moindre importance. Mais, pour hâter la réalisation du but que nous poursuivons, le Conseil pourrait donner son assentiment au principe essentiel se dégageant des idées émises dans la 3^e section du projet de la commission, en ce qu'il consacre la création d'asiles spéciaux distincts pour les aliénés criminels.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 MARS 1901

Présidence de M. JOFFROY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Doutrebente, Lallemand, Rayneau, Thivet et Trénel, membres correspondants, assistent à la séance.

Élection de M. Joffroy à l'Académie de Médecine.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, avant de procéder au dépouillement de la correspondance, j'ai un devoir très agréable à remplir, celui de vous annoncer l'élection de notre distingué président comme membre titulaire de l'Académie de Médecine, dans la section de pathologie médicale.

Le vote presque unanime de l'illustre compagnie prouve en quelle haute estime elle tient les travaux scientifiques et le caractère élevé du professeur Joffroy. Avec nos éminents collègues MM. Magnan et Motet, il y tiendra haut et ferme, nous en sommes sûrs, le drapeau de la médecine mentale; il y défendra les idées qui nous sont chères, avec cette ténacité et ce talent qui lui sont personnels. Je suis convaincu d'être le fidèle interprète de vos sentiments en adressant à notre cher président nos félicitations les plus vives et les plus affectueuses.

M. JOFFROY. — Mes chers collègues, je suis surpris et ému au point de ne pouvoir, comme je le voudrais, répondre aux paroles trop élogieuses de notre aimable secrétaire général.

Vous m'aviez déjà presque tous témoigné individuellement votre sympathie, et j'ai été très touché de ces nombreux témoignages d'estime et d'amitié; mais la

manifestation que vous venez de faire au début de cette séance me cause une émotion encore plus profonde, et me fait comprendre que je n'avais jusqu'à ce jour que très imparfaitement apprécié la valeur de mon entrée à l'Académie. Je n'avais songé en effet qu'à l'honneur d'appartenir à ce corps savant, et je n'avais pas pensé aux preuves de sympathie, d'estime et d'amitié que j'allais recevoir de mes collègues et amis, et c'est là assurément le côté le plus attrayant de ma récente nomination.

Merci donc, mes chers collègues, de votre flatteuse manifestation. Il me semble que les liens qui nous unissaient déjà se sont resserrés davantage; je m'en félicite et je vous en remercie de tout cœur.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

- 1° Une lettre du préfet de la Seine, autorisant la Société à accepter le legs Delasiauve;
- 2° Une lettre de remerciements de M. Taty, nommé membre correspondant;
- 3° Des lettres de remerciements de MM. Paul Masoin, Möbius et Sutherland, nommés membres associés étrangers.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° Deux cas de folie gémellaire, par M. Cullerre;
 - 2° De l'hérédité du talent poétique, par Möbius.
- M. Chaslin est chargé de l'analyse de ce travail;
- 3° Comptes rendus de l'hospice de las Mercédés, par M. Domingo Cabred;
 - 4° *La Touraine médicale*, n° 3;
 - 5° *La Revue de l'hypnotisme*, numéro de mars;
 - 6° *Les Annales de la Société belge de neurologie*, 5^e année, n° 6.

Rapport de candidature.

M. TOULOUSE. — J'ai l'honneur de soumettre à la Société les conclusions d'une commission composée de MM. Sérieux, Pactet et Toulouse, et nommée pour exa-

miner la demande de M. le Dr Marchand, médecin-adjoint des asiles de la région de Paris, qui sollicite le titre de membre correspondant.

M. Marchand a été reçu en 1897 interne des asiles de la Seine. J'ai eu la bonne fortune de l'avoir comme interne dès ses débuts. Il est resté deux ans dans mon service et n'a pas quitté Villejuif par la suite. Dans les nombreux travaux que nous avons faits ensemble durant ces quatre années, j'ai pu apprécier chez lui l'instruction étendue, le solide jugement, la claire compréhension et les aptitudes au travail qui lui assurent dès maintenant une carrière scientifique brillante.

Les travaux de M. Marchand ont porté sur la clinique et sur l'anatomie pathologique. En clinique, il est orienté dans la voie de la mesure des phénomènes avec des méthodes précises que les progrès actuels de la technique permettent d'employer. Il est convaincu que les troubles physiques conditionnent les troubles psychiques, et qu'il est nécessaire de rechercher ceux-là avec la plus grande minutie.

Un certain nombre de ses travaux ont trait à l'épilepsie :

Le premier travail est sa thèse intitulée : *Pouls et température dans les accès épileptiques, les vertiges épileptiques et les attaques hystéro-épileptiques*. M. Marchand a apporté dans cette question des faits nombreux et précis. Il a montré que le vertige et l'accès déterminent des modifications du pouls et de la température de même ordre, que ces modifications sont toujours moins intenses dans le vertige que dans l'accès épileptique. Comparant ensuite les accès épileptiques et les attaques hystéro-épileptiques, il conclut qu'ils provoquent l'un et l'autre une accélération du pouls et une élévation de la température. Cette dernière est plus accusée après les accès épileptiques qu'après les attaques hystéro-épileptiques ; c'est le contraire qui a lieu pour l'accélération du pouls. Celle-ci est, en général, plus grande dans les attaques hystériques. Après les accès épileptiques, le pouls revient à la normale d'une façon régulière ; dans les attaques hystéro-épileptiques, il présente, avant de reprendre son rythme normal, des alternatives d'accélération et de ralentissement.

Dans une communication faite le 7 janvier 1899 à la Société de Biologie, en collaboration avec M. Toulouse, sur les *Équivalents délirants des accès convulsifs chez une épileptique*, M. Marchand a rapporté l'observation d'une épileptique qui ne présentait jamais d'accès convulsifs au cours des périodes délirantes, périodes qui revenaient à intervalles peu éloignés. Des faits de ce genre, très précis dans leurs détails, prouvent nettement l'existence des équivalents délirants des crises convulsives.

Une autre communication, faite le 18 février 1899 à la Société de Biologie, en collaboration avec M. Toulouse, sur la *Thérapeutique ovarienne chez les épileptiques*, a eu pour point de départ cette observation que les accès épileptiques paraissent être quelquefois en rapport avec l'aménorrhée et la ménopause, ce qui permet de supposer que la non-activité des ovaires pourrait être la cause des accidents convulsifs. Cinq malades ont été soumises au traitement et ont ingéré de l'ovaire cru de vaches pendant plusieurs mois; ce traitement a rétabli le flux menstruel chez trois malades encore jeunes; il diminue le nombre des accès, et davantage le nombre des vertiges.

M. Marchand a publié trois autres articles sur l'épilepsie, que je ne ferai que citer : 1° Influence des maladies infectieuses sur les accès convulsifs épileptiques (*Revue de psychiatrie*, mars 1899); 2° Épilepsie convulsive survenue après une ovariectomie (*Revue de psychiatrie*, septembre 1899); 3° Épilepsie convulsive causée par la trépanation (*Revue de psychiatrie*, décembre 1899).

M. Marchand a eu l'occasion d'étudier, dans une communication faite en collaboration avec M. Toulouse, le 10 février 1899, à la Société de Biologie, sur les *Variations de la température en rapport avec l'agitation chez une excitée maniaque*, une malade dont l'agitation, s'accompagnait d'une élévation thermique. L'élévation thermique cérébrale pouvait être cause de l'agitation et d'autre part l'excitation intellectuelle et physique tendrait à augmenter aussi la température. Il y aurait ainsi, comme dans beaucoup de phénomènes pathologiques, un véritable cercle vicieux.

Une communication faite en collaboration avec M. Tou-

louse, à la Société de Biologie (*Contribution à l'étude de l'influence de l'alitement sur la température des mélancoliques*), montre que l'alitement peut avoir — dans certains cas où les malades sont inertes — pour effet de diminuer l'hypothermie qui se produit dans la période des journées de lever par rapport aux périodes de coucher et aussi d'augmenter les variations journalières.

Une autre communication faite en collaboration avec M. Toulouse, à la Société de Biologie, le 29 juillet 1899, sur *l'influence de l'alitement sur le poids du corps*, aboutit à la conclusion suivante, que les effets immédiats du coucher sont une diminution du poids et ceux du lever après une période de coucher sont une augmentation du poids. La courbe générale paraît se comporter à peu près de la même manière, que les malades soient couchés ou levés. Cependant, chaque fois que l'on fait lever une malade alitée depuis longtemps, on obtient une élévation passagère du poids. A un point de vue plus général, on peut dire que l'alitement tend à accentuer l'amaigrissement des individus enclins à la cachexie, et arrête l'accroissement de ceux qui augmentent de poids, par exemple des convalescents.

M. Marchand a publié plusieurs mémoires sur la paralysie générale juvénile. C'est d'abord une communication faite le 23 juin 1899, en collaboration avec M. Toulouse, à la Société médicale des Hôpitaux, sur *Un cas de paralysie générale infantile* ayant simulé l'idiotie, avec examen micrographique. Ce fait montre que lorsque la paralysie générale survient chez un enfant, elle revêt le masque de l'idiotie.

Dans une autre communication faite le 2 juin 1899, à la Société médico-psychologique, en collaboration avec M. Toulouse, sur la *Paralysie générale et l'épilepsie*, il s'agissait d'une malade, épileptique depuis l'âge de onze ans et chez laquelle la paralysie générale démontrée ultérieurement par l'examen *post mortem*, n'avait fait son apparition qu'à dix-huit ans. Il est probable que l'épilepsie avait créé une prédisposition à la paralysie générale.

Dans un autre *cas de paralysie générale juvénile* (communication faite à la Société médico-psychologique,

mars 1900), il s'agit d'un jeune homme âgé de 19 ans, et non syphilitique. L'embarras de la parole, le tremblement fibrillaire des muscles, les troubles oculo-pupillaires, l'affaiblissement de toutes les facultés, les troubles de l'écriture et de la lecture sont les principaux symptômes relevés chez ce malade, et qui ont fait penser à la paralysie générale, malgré le jeune âge du malade.

M. Marchand a présenté, en collaboration avec M. Vurpas, à la Société médico-psychologique, janvier 1901, des *Considérations sur la paralysie générale à propos d'un cas survenu chez une jeune fille hérédosyphilitique*. Ce cas soulève plusieurs problèmes : c'est d'abord celui des paralysies générales juvéniles ; celui des rapports de l'épilepsie, des états maniaques et mélancoliques avec la paralysie générale ; celui des pseudo-paralysies générales, et enfin celui de la nature de la paralysie générale, qui a été considérée comme une entité morbide ou comme un simple syndrome pathologique.

Enfin, dans un autre article publié en collaboration avec M. Toulouse dans la *Revue de psychiatrie* (janvier 1901), sur la *Démence précoce par paralysie générale*, M. Marchand a donné la relation d'une observation de paralysie générale juvénile avec examen micrographique. La paralysie générale survenant chez l'adolescent, emprunte à l'âge du sujet des caractères spéciaux qui justifient des terminologies différentes ; elle peut ainsi créer un syndrome clinique entrant dans le cadre des démences précoces.

M. Marchand a montré de bonne heure un goût très prononcé pour les travaux de laboratoire, et notamment pour la micrographie, où il est devenu en peu d'années un technicien habile. Dans ces derniers temps, dans une communication faite à la Société anatomique (24 octobre 1900), sur les *Rapports des fibrilles névrogliques avec les parois des vaisseaux*, il a montré que ces fibrilles se terminent en se fixant sur les parois des vaisseaux. C'est là un fait important qui entraîne la conséquence suivante : les espaces lymphatiques n'existeraient pas autour des vaisseaux.

Au cours d'une communication faite à la Société de

Biologie, 9 mars 1901, en collaboration avec M. Vurpas, sur les *Lésions nerveuses dans un cas de méningomyélite expérimentale chez un chat*, M. Marchand a apporté des faits tendant à établir que le tissu névroglique est moins sensible aux infections que la cellule nerveuse.

Dans une autre communication faite à la Société anatomique, 15 mars 1901, sur la *Sclérose des bulbes olfactifs dans un cas de tabes compliqué de paralysie générale*, M. Marchand a montré quelle est la disposition de la névroglie dans les diverses couches des bulbes olfactifs : c'est surtout au niveau des glomérules, de la couche moléculaire, de la couche des grains que la névroglie est le plus abondante.

Un mémoire sur les *Lésions du système nerveux dans l'inanition*, communiqué à la Société de Biologie, le 16 mars 1901, en collaboration avec M. Vurpas, a prouvé que, dans l'inanition, certaines cellules résistent plus longtemps que d'autres. Les lésions observées sont surtout des lésions atrophiques, portant sur le corps cellulaire et les prolongements. La disparition des granulations chromophiles montre que ces derniers jouent un rôle important dans la nutrition de la cellule.

M. Marchand s'est aussi occupé de psychologie expérimentale dans deux mémoires. Dans un article publié par la *Revue de psychiatrie* en juillet 1900, en collaboration avec M. Vasside, sur une *Contribution à l'étude de la psycho-physiologie des émotions à la suite d'un cas d'éreuthophobie*, l'obsession de la peur de rougir en tant qu'émotion est présentée comme étant bien d'origine cérébrale. L'idéation du sujet provoque une association qui, à son tour, suggère une émotion d'attente, d'anxiété ou d'angoisse, et les phénomènes neuro-vasculaires ne sont nullement la source de ces changements intellectuels émotifs. La théorie de James-Lange a encore à prouver que les modifications neuro-vasculaires sont les phénomènes initiaux de l'émotion. Cette même thèse est soutenue dans un article intitulé : *Ufficia che le condizioni mentali hanno sulle modificazioni della respirazione e della circolazione periferica* (*Rivista sperimentale di Freniatria*, vol. XXVI, fasc. II-III).

J'espère que vous trouverez ces travaux assez nom-

breux et assez intéressants pour justifier la proposition que je suis chargé de vous faire au nom de la Commission que vous avez nommée, et qui est d'élire M. Marchand comme membre correspondant de la Société.

M. MARCHAND est élu membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

Perte de la vision spéculaire.

M. PAUL SOLLIER. — J'ai eu récemment l'occasion d'observer un cas que je crois intéressant de vous signaler et que je n'ai vu décrit nulle part, si ce n'est toutefois dans une nouvelle de Maupassant, où un personnage cesse tout à coup de voir son image se refléter dans une glace. Maupassant, ayant décrit dans le *Horla* diverses hallucinations qu'il a éprouvées lui-même, cette impression a dû se montrer chez lui, et en cherchant il est possible qu'on la rencontre encore. Dans le cas en question, le phénomène a été le même. Il s'agit d'un jeune garçon de quatorze ans, hystérique à un degré léger, et n'ayant eu que quelques crises syncopales et quelques absences. Un jour qu'il était devant sa glace, en train de faire sa toilette, il ressentit dans les deux tempes comme un coup de marteau, suivant son expression, et en même temps cessa de se voir dans la glace. Etonné, il regarda autour de lui les objets. Il continuait à les voir, quoique leurs contours lui parussent moins précis. Il constata qu'il ne les voyait pas non plus se réfléchir dans la glace. Celle-ci lui apparaissait comme un simple verre à vitre, poli, mais non transparent. Le phénomène dura environ une demi-heure, après quoi il ressentit de nouveau deux coups de marteau aux tempes, et la vision dans le miroir reparut en même temps. Il est bien difficile de fournir une interprétation de ce phénomène, auquel on peut, je crois, donner le nom de *perte de la vision spéculaire*.

Le bromure de potassium dans l'épilepsie.

M. TOULOUSE donne, dans une courte communication orale, les résultats de quelques recherches qu'il a faites dans son service, relativement à l'administration du

bromure dans l'épilepsie. Il lui semble qu'il est préférable d'administrer le bromure aussitôt après l'attaque.

La séance est levée à 5 heures.

PAUL SOLLIER.

SÉANCE SOLENNELLE DU 29 AVRIL 1901

Présidence de M. JOFFROY

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de M. Falret et Sollier, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Marchand remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

3° Une lettre de candidature de M. Gustave d'Olah, de Budapesth, au titre de membre associé étranger.
— Commission : MM. Magnan, Ritti et Boissier, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *La Revue de l'hypnotisme*, n° 4 d'avril ;

2° *La Touraine médicale*, n° 4.

Rapport de la Commission du prix Belhomme.

M. ROUBINOVITCH. — Messieurs, l'appât du prix Belhomme n'a attiré cette année qu'un seul candidat, et la tâche de la Commission composée de MM. Jules Voisin, Blin, Legrain, Sérieux et Roubinovitch, rapporteur, s'est montrée ainsi singulièrement facilitée.

Vous connaissez le sujet proposé : « *Du délire chez l'idiot et l'imbécile à l'exclusion des arriérés* »,

L'unique mémoire adressé sur cette question porte cette devise :

*Oculos habent et non vident,
Aures habent et non audiunt,*

La partie bibliographique est assez bien traitée. Elle prouve que l'auteur de ce travail a lu un certain nombre de travaux sur l'idiotie et qu'il a parfaitement assimilé toutes les notions classiques concernant cette affection cérébrale. Ce bon côté du mémoire mérite d'être remarqué. Malheureusement, le sujet principal est traité d'une manière trop hâtive, trop incomplète, exclusivement théorique. C'est ainsi que sur les soixante-dix feuillets qui composent le travail, dix seulement sont consacrés à la question posée pour le prix. La différence entre le délire de l'imbécile et celui de l'arriéré n'est nullement établie. L'auteur se contente de déclarer que l'imbécile est le jouet de ses sensations ; ce qui expliquerait, d'après lui, l'origine et la nature de son délire. Mais ce qui a surtout frappé la Commission, c'est l'absence totale d'observations cliniques qui auraient donné immédiatement une valeur intrinsèque à ce travail ; car ces observations, à condition qu'elles aient été bien prises, auraient démontré mieux que toutes les dissertations plus ou moins oiseuses comment se présente le délire chez l'imbécile, de quels éléments essentiels il peut se composer, à quel genre de réactions il peut conduire. Rien de tout cela n'existe dans le travail soumis à l'examen de la Commission. Aussi, comprendra-t-on aisément la décision qu'elle a été amenée à prendre et que je suis chargé de soumettre à votre approbation : le prix Belhomme ne sera pas décerné cette année ; mais, en tenant compte du réel effort montré par l'auteur dans la partie bibliographique de son mémoire, il y a lieu de lui accorder une mention honorable.

Conformément aux conclusions de ce rapport, le prix Belhomme n'est pas décerné ; une mention honorable est accordée à M. le D^r DESWARTE, médecin adjoint de l'asile de Bailleul (Nord).

La Commission propose, pour le prix Belhomme à décerner en 1902, la question suivante :

« Du sens de l'ouïe chez l'idiot. » (Adopté.)

Rapport de la commission du prix Esquirol.

M. ANTHEAUME. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Motet, Garnier, Vallon, Boissier, Antheaume, à l'effet d'examiner les mémoires présentés au concours pour le prix Esquirol, et de vous présenter un rapport à ce sujet.

Deux mémoires ont concouru. Le mémoire n° 1 intitulé : « Essai de psycho-physiologie vésicale avec applications cliniques à la psychiatrie », est basé sur l'étroite corrélation qui existe entre la plupart des phénomènes organiques et des actes mentaux. Il semble bien que l'auteur soit près de la vérité quand, faisant remarquer la sensibilité de la vessie aux influences psychiques (fait du reste connu depuis bien longtemps), il déduit à la suite de ses expériences « qu'il y a un rapport étroit entre le temps de réaction, l'intensité de la réaction et l'activité psychique, ainsi qu'entre la nature de l'excitation psychique et la réaction vésicale ».

Dans ce même ordre d'idées, l'effort a surtout porté pendant ces trente dernières années à préciser l'action centrale sur les phénomènes musculaires, et les recherches de Bochefontaine et François Franck notamment ont porté pour la plupart sur les vaso-moteurs et les fibres musculaires lisses. C'est d'abord aux vaisseaux sanguins que ces expérimentations se sont adressées et ce n'est qu'à une date plus récente qu'elles se sont portées vers d'autres organes à muscles lisses, comme le réservoir vésical. Récemment, Mosso et Pellacani se sont attachés à définir le rôle psycho-physiologique de la vessie, accordant même à cet organe une influence par trop prépondérante, puisqu'ils n'ont pas craint de le qualifier de « miroir de l'âme ». La première partie du mémoire n° 1 est consacrée, d'une part, à tout cet historique de la question, et d'autre part à l'exposé méthodique des données relatives à l'anatomie et à la physiologie vésicales. Après cette mise au point nécessaire, l'auteur entre franchement dans le plein du sujet, et présente le résultat de ses recherches expérimentales sur les réactions vésicales sous l'influence des émotions chez les aliénés, en se gardant, du reste, d'une

généralisation hâtive, le nombre des sujets qu'il a pu étudier dans de bonnes conditions n'étant guère que de 9 sur 25 malades examinés.

Il est certain que les aliénés sont, *a priori*, des malades de choix pour de pareilles études, puisqu'ils présentent d'emblée certains phénomènes psychiques, la peur chez l'anxieux, la tristesse chez le mélancolique, l'euphorie chez le paralytique général, etc., qu'on produit difficilement au même degré dans les expériences de laboratoire portant sur des sujets à mentalité normale; mais le danger est ici que les aliénés sont des sujets extrêmement complexes cérébralement, et que le physique y vient bien souvent compliquer désespérément le moral.

C'est ce que l'auteur semble avoir quelque peu perdu de vue quand il mesure la réaction vésicale des malades en expérience; il ne tient alors qu'un compte bien relatif des autres réactions viscérales, pour ne plus voir que celle qui est l'objet de ses recherches. C'est ainsi qu'il semble notamment qu'un déterminisme expérimental plus rigoureux eût exigé l'étude de la perméabilité rénale, menée de pair avec celle du réservoir vésical, étant donné l'étroite corrélation qui existe entre ces deux organes.

Des notes cliniques intelligemment recueillies, des tracés graphiques très réussis complètent ce mémoire.

L'auteur a imaginé pour obtenir ces tracés un dispositif ingénieux, mais sur la valeur duquel il est difficile de se prononcer sans le voir fonctionner; de très belles photographies permettent cependant de s'en rendre compte d'une manière satisfaisante au point de vue théorique. Le chapitre consacré à la description de l'appareil, le *cystocynétographe*, à son maniement, aux conditions de l'expérimentation, est très intéressant, et indique un travail à la fois consciencieux et original.

Avec le mémoire n° 2, intitulé « Contribution à l'étude de la folie morale », nous quittons le domaine encore incertain de la psychologie expérimentale pour entrer dans celui plus solide de la véritable clinique mentale, ainsi que le fait du reste entrevoir l'épigraphe choisie par l'auteur : *primum observare*.

Il s'agit là d'un travail d'ensemble où l'auteur se livre à une étude attentive de la folie morale et de ses

diverses variétés cliniques, mais en insistant surtout, à l'aide de ses documents personnels, sur cette catégorie encore si mal délimitée des aliénés vicieux.

Pour l'auteur, au point de vue clinique, ces sujets sont des dégénérés presque toujours héréditaires, caractérisés principalement par une débilité intellectuelle souvent très manifeste, alliée au manque de développement du sens moral, à une grande instabilité mentale et à une tendance fréquente aux intoxications. Pratiquement, dans l'état actuel de la législation et de l'assistance des aliénés, ils sont remarquables par la multiplicité des internements auxquels ils donnent lieu. Généralement lucides et en partie conscients de leurs actes, exceptionnellement délirants, c'est à leurs déviations psychopathiques congénitales qu'ils doivent d'être considérés comme des délinquants, sinon totalement irresponsables, du moins à responsabilité très atténuée.

Au point de vue de l'assistance, il s'agit de sujets qui ne sont à leur place ni dans les asiles d'aliénés (tels qu'ils sont actuellement organisés en France), ni dans les prisons, ainsi que le démontre l'expérience journalière; il y a donc lieu de les placer dans un établissement hospitalier spécialement organisé pour les recevoir et basé essentiellement sur le principe de la rétention à temps et de l'assistance par le travail. Pour réaliser ces desiderata, il serait désirable qu'une réforme de la loi de 1838 intervînt, permettant à la société d'être mieux défendue contre les actes répréhensibles de ces sujets.

Cet aperçu rapide ne donne qu'une idée imparfaite du travail important accompli ici pour étudier les diverses variétés cliniques de la folie morale. Les observations personnelles recueillies par l'auteur sont nombreuses, très complètes, très bien prises, et témoignent à la fois d'une bonne méthode scientifique et d'une grande habitude de l'examen des aliénés; une seule critique pourrait être formulée à ce sujet, c'est que parmi les documents personnels ne figure aucune observation de folie morale chez la femme.

Il y a là dans ce travail une lacune qu'il serait désirable de voir combler, d'autant que l'auteur en prend prétexte pour plaider la rareté de la folie morale chez

la femme, ce qui n'est rien moins que démontré. Si l'auteur est bien sur son terrain lorsqu'il aborde l'étude clinique des fous moraux, il l'est moins lorsqu'il traite de leur médecine légale. On sent ici une inexpérience bien excusable d'ailleurs et que rachètent amplement les autres qualités de bon aloi que présente le reste de l'ouvrage qui, par ailleurs, est matériellement très bien présenté et traité avec beaucoup d'ordre et de clarté.

En résumé, messieurs, les deux mémoires que nous avons eu à examiner et dont vous venez d'entendre une courte et incomplète analyse nous ont paru l'un et l'autre dignes d'éloges ; chacun d'eux témoigne de qualités sérieuses et le désir de la commission eût été de vous voir décerner une double récompense.

Mais le prix Esquirol ne saurait être divisé, et d'un autre côté il est avant tout destiné à récompenser les études de clinique mentale suivant les traditions du maître illustre dont il porte le nom. Dans ces conditions, puisque nous sommes dans la triste obligation de vous réclamer une victime, nous vous proposons à l'unanimité d'accorder une *mention très honorable* à l'auteur du mémoire n° 1 sur la psycho-physiologie vésicale, ce sujet ne rentrant que d'une manière indirecte dans le cadre du prix Esquirol, et de *décerner le prix Esquirol* à l'auteur du mémoire n° 2 sur la folie morale.

Conformément aux conclusions de ce rapport, le prix Esquirol est décerné à M. le D^r PETIT, interne en médecine à l'asile Sainte-Anne, et une mention très honorable est accordée à MM. BUVAT et VURPAS, internes à l'asile de Villejuif.

Rapport de la commission du prix Moreau (de Tours).

M. DUPAIN. — Messieurs, je viens en qualité de rapporteur (1) de la Commission du prix Moreau (de Tours) vous rendre compte du résultat de notre examen.

Le concours de cette année a été particulièrement remarquable. Huit mémoires ont été fournis à l'appré-

(1) La commission du prix Moreau (de Tours) était composée de MM. Moreau (de Tours), Briand, Deny, Legras et Dupain, rapporteur.

ciation du jury, renfermant chacun des qualités diverses sur des sujets différents, et portant tous l'empreinte du travail de leur auteur.

Le mémoire n° 2, de M. le D^r Binet-Sanglé, est divisé en deux parties. L'auteur retrace dans la première partie l'histoire des suggestions religieuses dans la famille Pascal, et fait ainsi œuvre d'historien.

La seconde partie est intitulée : Les lois psychologiques de l'hiérogénie. L'auteur entend sous ce vocable la genèse et le développement des religions. Il fait œuvre de sociologue ; puis, mettant à profit les documents rassemblés pour son histoire de la famille Pascal, il les utilise pour ses recherches sociales.

Dans un premier paragraphe, M. le D^r Binet-Sanglé fait un exposé philosophique de la crédibilité, des rapports qui existent entre les sensations, le raisonnement, le sentiment, la volonté et la croyance ; il rappelle en quelques lignes ce que nous savons sur la suggestibilité.

Dans le paragraphe 2, il est question des croyances religieuses, de la vocation religieuse, des idées religieuses, du sentiment religieux. C'est par suggestion, par cuï-dire, par sentiment, que les idées religieuses s'installent dans l'esprit. Ce sont les sentiments qui facilitent la pénétration des idées religieuses. Les émotifs, les sentimentaux, les suggestibles deviendront des mystiques ; les croyances passent de l'un à l'autre comme par contagion, et la contagion sera plus aisée entre les membres d'une même famille. Ainsi s'explique la fréquence des groupes religieux qu'on peut désigner par un nom familial : tels les Le Maistre, les Arnauld, les Pascal. Somme toute, ces deux paragraphes servent d'introduction à l'étude historique de la suggestion religieuse dans la famille Pascal.

L'auteur nous fait ensuite un exposé de l'état de la religion en France, plus spécialement en Auvergne, à Clermont-Ferrand, au temps des Pascal. On sait que Blaise Pascal naquit le 19 juin 1623, sa sœur Gilberte le 7 janvier 1620, et sa sœur Jacqueline le 5 octobre 1625, et que la famille, originaire d'Ambert, habitait Clermont. On nous raconte l'enfance de Blaise Pascal et on nous montre le milieu religieux dans lequel il fut élevé ;

nous assistons à cette marche vers la dévotion par les suggestions des amis de son père et les siens propres. Chemin faisant, M. le D^r Binet-Sanglé retrace les péripéties des fameuses disputes à propos de la doctrine de Jansénius, l'évêque d'Ypres. Il nous décrit l'état d'âme de Pascal, son action dans sa famille, ses fréquentations avec Duvergier, Antoine Arnauld, Périer, Nicole, l'entrée en religion de sa sœur Jacqueline, enfin sa retraite en cette célèbre abbaye de Port-Royal-des-Champs, dont il subsiste encore des vestiges non loin de Chevreuse.

Dans ce décor de la nature qui encadrait les murs du monastère, au milieu du calme de ce vallon entouré de collines boisées, si propice au recueillement, les solitaires de Port-Royal cherchaient un refuge. Loin du tumulte et du fracas de la grand'ville, tout entiers à leur croyance, ils s'efforçaient, par les austérités, la contemplation et la prière, à s'approcher plus près encore de leur idéal, souhaitant trouver en cet asile le repos de l'esprit et la paix du cœur. L'auteur, nous prenant par la main, nous fait visiter le cloître; nous devenons le témoin indiscret des jeûnes, des austérités, des oraisons de Blaise; nous assistons à ses obsessions angoissantes qui torturaient son esprit. A la fin de cette reconstitution historique si captivante, M. le D^r Binet-Sanglé, rendant un solennel hommage à la haute intelligence de l'admirable mathématicien du *Traité des sections coniques*, du physicien éminent du *Traité de la pesanteur de l'air*, de l'écrivain des *Provinciales* et des *Pensées*, se demande ce qu'il serait advenu de Blaise Pascal s'il avait été moins victime de son hérédité et de son milieu.

L'effort que doit faire le lecteur pour comprendre la portée philosophique de cette étude de haute érudition est récompensé par le charme qu'il goûte à cette évocation de l'ancienne société. Ces acteurs disparus depuis plus de deux cents ans de la scène du monde sont vivants sous nos yeux; et cette reconstitution est si parfaite que le lecteur éprouve cette troublante illusion de croire qu'il est le contemporain de cette époque.

Dans la deuxième partie de son ouvrage, M. le D^r Binet-Sanglé fait l'étude des lois de la genèse et du

développement des religions. Il passe en revue, successivement, le type dévôt et ses variétés, la suggestion religieuse, la contagion religieuse et la formation des groupes religieux. Les documents dont se sert l'auteur sont empruntés; pour la plupart, à l'histoire de Port-Royal, et son étude est des plus intéressantes. Ses représentations graphiques, sous la forme triangulaire, de suggestions religieuses d'une personne à l'autre, montrent Blaise Pascal suggestionnant Jacqueline Pascal, Charlotte de Roannez, Etienne Périer, et d'autres encore. Ce sont d'ingénieux schémas utilisés par l'auteur dans ses démonstrations de la genèse de la contagion religieuse. Cet ouvrage, qui comprend d'une part la reconstitution historique d'un milieu remarquable du XVII^e siècle, et d'autre part une étude toute spéciale de sociologie sur les lois psychologiques de l'hiérogénie, a paru à votre commission, malgré son réel intérêt, trop en dehors des conditions du programme. C'est un travail qui mérite d'être connu et apprécié, mais il relève plutôt des hautes études de la philosophie des religions.

Le mémoire n° 3, de M. le D^r Roger Mignot, est intitulé : Etude des troubles pupillaires dans quelques maladies mentales. La première partie comprend un résumé de l'anatomie et de la physiologie de l'iris, emprunté aux divers auteurs classiques, et une sorte de memento pour l'examen des troubles pupillaires. L'étude des inégalités de la pupille, l'abolition du réflexe à la lumière, le signe d'Argyll Robertson, l'abolition du réflexe à l'accommodation, le myosis, la mydriase forment un résumé des connaissances actuelles sur la question, sans nous apprendre rien de nouveau. Après ces notions d'ordre classique, l'auteur étudie les troubles pupillaires dans la paralysie générale, en s'appuyant sur les renseignements ou sur les statistiques de divers ouvrages; il donne aussi sa statistique personnelle portant sur vingt-deux paralytiques généraux, mais ses observations de quatre ou cinq lignes sont bien écourtées. Il passe ensuite en revue les troubles pupillaires dans les différentes formes mentales : les psychoses consécutives à des lésions organiques du cerveau, la démence sénile, la démence précoce, les psychoses des alcooliques, la folie périodique, la mélancolie sénile, le

délire chronique, la folie des dégénérés, les arrêts de développement psychique, la neurasthénie, l'épilepsie, l'hystérie, enfin la pupille chez les individus sains. Dans ses conclusions, l'auteur nous fait connaître qu'après avoir examiné cent soixante-seize malades, il a été convaincu que les troubles pupillaires, sans préjuger de leur fréquence, de leur intensité, de leur nature, ne sont spéciaux à aucune forme d'aliénation mentale. Il n'y a pas lieu d'attribuer une valeur diagnostique et pronostique aux troubles pupillaires, pris en général. L'inégalité pupillaire se trouve dans toutes les psychoses et avec une telle fréquence que, malgré l'usage, il ne faut lui accorder aucune importance séméiologique. M. le Dr Mignot a laissé de côté l'étude de l'état de la pupille chez les maniaques; les observations publiées sont parfois trop sommaires; en résumé, ses recherches aboutissent à une négation peut-être un peu hâtive.

Le mémoire n° 5 intitulé : Contribution à l'étude de quelques manifestations mentales de la syphilis secondaire (Les Syphilopsychoses), de M. le Dr Jacquin, est une sorte de résumé de la question syphilis et aliénation mentale.

Dans un premier chapitre historique, l'auteur passe en revue les divers traités sur la matière, en commençant par celui de Nicolas Massa, qui dans le *De morbo gallico*, rapporte un exemple de manie syphilitique. Ce Nicolas Massa était un savant médecin qui florissait à Venise dans la première moitié du seizième siècle. Parmi ses diverses publications l'ouvrage : *Liber de morbo gallico, tertiæ editioni addita sunt ab aucthore de vi ac potestate ligni indici, de cognitione sarsæ parigliæ, etc.*, à Venise, 1562, passe en effet pour un des meilleurs traités de l'époque. Après Nicolas Massa, M. le Dr Jacquin cite l'opinion d'Astruc qui attribue à l'action de la syphilis le dérangement et l'affaiblissement de toutes les facultés. Avant de faire paraître les nombreuses éditions de son ouvrage *De morbis venereis*, en 1738, 1740, etc., le célèbre médecin languedocien, qui de Montpellier vint à Paris, avait publié, en 1723, une thèse *De phantasia et imaginatione*, et son opinion sur les troubles intellectuels n'était pas sans valeur. La revue historique des opinions des auteurs modernes est fort

intéressante à consulter ; sous une forme concise on y trouve un exposé des doctrines professées par les différents maîtres. M. le Dr Jacquin ajoute à cette revue des opinions une revue de faits ou d'observations. Ces observations paraissent bien prises, au moins pour la plupart. Cependant votre commission a pensé que cette thèse présentait des assertions parfois très contestables et que l'ensemble de ce travail ne reflétait pas suffisamment la personnalité de l'auteur.

Le mémoire n° 6, de MM. les Drs Cololian et Rodiet, intitulé : De l'hyperesthésie corticale dans l'alcoolisme aigu, est un bon exposé d'observations cliniques. Il s'agit de troubles hallucinatoires réveillés par une excitation externe, durant le cours de l'alcoolisme aigu. Ce sont, par exemple, des hallucinations visuelles obtenues par une pression sur les globes oculaires. Comme l'a constaté notre maître, M. Magnan, des chocs sur la peau peuvent amener la sensation de morsures, de piqûres d'insectes, de reptation de couleuvres ; un souffle d'air dans le conduit auditif provoque des hallucinations auditives. Un certain nombre d'observations bien prises est cité à l'appui des phénomènes mis en lumière. Les auteurs exposent que l'hyperesthésie corticale de l'encéphale est telle qu'un simple choc peut suffire pour produire l'image hallucinatoire. De plus, ils ont trouvé, chez leurs malades, en dehors de l'intoxication alcoolique, la tare de la dégénérescence héréditaire. Auparavant d'être les victimes de l'alcool, ces déshérités avaient une écorce cérébrale de moindre résistance, très facilement excitable. L'alcool est venu ajouter son effet toxique à cette excitation latente, l'éréthisme de la couche grise s'est encore développé et a produit les hallucinations et le délire. A ce moment une excitation extérieure minime, un choc, un souffle suffisent pour faire réapparaître, pour ranimer ces hallucinations qui semblaient éteintes. Le poison éliminé, on pourrait croire que les symptômes morbides devraient disparaître intégralement ; mais il n'en est pas ainsi en clinique et la ténacité des troubles hallucinatoires est proportionnelle à la dégénérescence héréditaire de l'individu.

L'opinion de votre commission est que ce travail de MM. les Drs Cololian et Rodiet constitue une bonne

contribution à l'étude des phénomènes hallucinatoires chez les alcooliques, mais sans rien de bien personnel aux auteurs.

Le mémoire n° 7 de M. le D^r Capgras est intitulé : Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'évolution présénile.

L'auteur divise son travail en trois grandes parties : 1° l'historique antique ; 2° l'examen des diverses maladies auxquelles se rattache le syndrome mélancolie ; 3° l'étude de la mélancolie présénile. La partie historique est un résumé succinct mais fidèle de l'état de la question. Dans la deuxième partie, M. le D^r Capgras étudie le syndrome mélancolie dans la folie périodique, la dégénérescence mentale, la neurasthénie, la confusion mentale et la psychose hallucinatoire aiguë, la démence précoce. Il cite des observations à l'appui de chacune de ces divisions, et il conclut que la mélancolie est un syndrome qui se retrouve dans les multiples expressions de la folie ; qu'il est susceptible de se modifier suivant ses causes et surtout suivant son terrain d'évolution ; qu'il est impuissant pour renseigner exactement sur la nature et la marche du phénomène maladif.

La troisième partie est consacrée à la soutenance de cette thèse, que la mélancolie est une manifestation psychique des processus organiques de l'involution sénile. Dans un premier paragraphe, qui sert de transition, l'auteur nous entretient des mélancolies organiques ; puis il étudie l'objet même de sa thèse. La mélancolie présénile n'est que la conscience obscure de la fatigue générale de l'organisme. Les idées hypochondriaques ont chance de s'installer, comme interprétation de ces changements, de même des idées de négation, et parfois le dédoublement de la personnalité expliqueront la cénesthésie nouvelle. La mélancolie, dit M. le D^r Capgras en ses conclusions, n'est que le reflet mental des processus d'involution sénile. L'état psychique résultant de la déchéance physique peut revêtir trois formes : la mélancolie présénile, qui comprend la mélancolie simple et la mélancolie délirante, puis, la mélancolie sénile (le Wahnsinn dépressif de Kraepelin) qu'on observe lorsque l'âge est plus avancé, et qui s'accompagne d'affaiblissement intellectuel.

Malgré le mérite de ce travail, votre Commission aurait désiré y trouver une marque plus personnelle à l'auteur. Somme toute, cette thèse est une adaptation des idées allemandes et de la théorie de Kraepelin sur la mélancolie.

Le mémoire n° 1, de M. le D^r Maurice Ducosté, est intitulé : De l'épilepsie consciente et mnésique, et en particulier d'un de ses équivalents psychiques : le suicide impulsif conscient. L'auteur entend par épilepsie mnésique, les paroxysmes épileptiques dont le malade garde le souvenir. L'exposé de ce titre a de quoi surprendre ; c'est aller peut-être un peu à l'encontre des notions admises. Disons tout de suite que l'auteur déclare que son œuvre est essentiellement personnelle.

Dans une introduction historique, M. le D^r Ducosté énumère les données acquises sur l'épilepsie et les progrès accomplis depuis une cinquantaine d'années. L'épilepsie n'est plus uniquement la maladie se traduisant par un spasme tonico-clonique. On savait bien que le mal caduc pouvait donner naissance à certains troubles intellectuels ; mais l'auteur rend hommage à Morel et à M. Jules Falret, les créateurs de l'épilepsie psychique. Il expose ensuite les différentes opinions sur l'épilepsie larvée et signale les deux caractères sur lesquels les maîtres ont le plus insisté : l'absence de conscience pendant l'accès et l'amnésie consécutive. Pour l'auteur, cette notion que l'épilepsie est inconsciente dans ses paroxysmes, que la perte de la mémoire est un caractère constant, est trop absolue ; et pour lui, cette règle de l'inconscience et de l'amnésie épileptique comporte d'assez nombreuses exceptions. Le mémoire est divisé en cinq chapitres. Un premier chapitre d'observations ; un deuxième, pour démontrer que les faits dont il s'agit dans ces observations, sont des impulsions relevant de l'épilepsie. Prenant pour base les observations et les démonstrations de ces deux précédents chapitres, M. le D^r Ducosté en dégage un type clinique de suicide qu'il désigne sous le nom de suicide impulsif conscient. Quelques pages sur le pronostic, le traitement et les considérations médico-légales terminent l'ouvrage. Les sujets qui font l'objet des observations présentent, par intervalles, des impulsions au suicide, et l'auteur rattache

ces impulsions au mal comitial. Il s'agissait d'épilepsie larvée, d'épilepsie psychique. Après avoir ainsi montré l'existence des impulsions conscientes et mnésiques d'origine comitiale, M. le Dr Ducosté étudie plus spécialement une variété clinique de ces impulsions : *le suicide impulsif conscient épileptique*. Après avoir énuméré les classifications du suicide d'après M. Moreau (de Tours) et M. Ritti, l'auteur propose une classification nouvelle. Il distingue le suicide qu'il appelle normal et le suicide pathologique. Le suicide pathologique se subdivise en suicide dans l'aliénation mentale, suicide impulsif conscient des épileptiques, suicide somnambulique des hystériques, suicide des obsédés (dégénérés, neurasthéniques).

Le pronostic du suicide impulsif conscient des épileptiques est grave, parce que le malade peut réellement se suicider ; en outre, l'auteur estime que si les impulsions au suicide disparaissaient, ce ne serait qu'au prix des grands symptômes moteurs du mal comitial.

Au point de vue du traitement, il y a peu d'avantages à retirer de l'emploi des bromures et des autres médicaments. Le traitement moral doit faire le fond de la thérapeutique. Cependant votre Commission a trouvé que l'auteur allait peut-être un peu loin dans sa médication morale, en conseillant le mariage comme adjuvant thérapeutique aux épileptiques ayant des impulsions au suicide. « Le mariage, dit M. le Dr Ducosté, si les conjoints voulaient ou pouvaient observer les règles plus ou moins adoucies d'une hygiène conjugale bien comprise, serait, en fin de compte, le plus grand bonheur qui puisse arriver à l'épileptique éprouvé par des impulsions conscientes au suicide. Dans bien des cas, il ne faudrait pas hésiter à passer par-dessus toute autre considération et à conseiller le mariage à l'impulsif. »

Malgré bien des points critiquables ou contestables, cette thèse est la preuve d'un effort personnel et de recherches cliniques originales, aussi votre Commission vous propose de décerner à M. le Dr Ducosté une mention très honorable.

Le mémoire n° 4 de M. le Dr Farnarier, intitulé : *La psychose hallucinatoire aiguë*, est une vulgarisation des idées allemandes. Il s'agit de ces affections mentales

où l'agent pathogène manifeste son influence tout d'abord par la production d'hallucinations sans que la conscience du sujet, non plus que son état d'esprit, soient sensiblement troublés. L'auteur fait remarquer que ces cas de délire hallucinatoire ont été observés par tous les aliénistes : ils sont englobés en France sous la désignation de mélancolie avec hallucinations ou de délires des dégénérés. En Allemagne, on les confond dans le groupe des paranoïas, et leur anatomie ne paraît pas à tous indiscutable. Partant de ce point de départ, M. le Dr Farnarier pense qu'il y a là tout un nouveau chapitre de pathologie mentale à ajouter à nos traités et que l'on peut décrire une psychose hallucinatoire aiguë, ayant une symptomatologie propre, un diagnostic net et un pronostic particulier. Seule l'étiologie est obscure. Telle est la thèse de l'auteur, et dans la division de son travail il expose l'historique de la question et discute la place qu'il convient d'assigner, dans la classification, à la psychose hallucinatoire. Il étudie ensuite la symptomatologie, le diagnostic, l'étiologie, le pronostic et enfin le traitement.

La partie historique est bien traitée. C'est une mise au point bien nette de la question. L'auteur nous tient au courant des études de psychiatrie à l'étranger et principalement en Allemagne, et il fait preuve d'une réelle connaissance de cette littérature spéciale. Ce résumé historique est très intéressant à lire pour se rendre compte des idées allemandes sur le groupe des folies intellectuelles ou paranoïas, comprenant lui-même trois genres : le *Wahnsinn* ou psychose hallucinatoire aiguë, le *Verwirrtheit* ou confusion mentale et le *Verrücktheit* ou délire systématisé chronique.

Le chapitre de symptomatologie, qui fait suite, comprend un certain nombre d'observations personnelles bien prises. Dans ses commentaires, l'auteur insiste sur la caractéristique essentielle de la psychose hallucinatoire, à savoir : l'apparition primitive des troubles sensoriels dans une conscience jusque-là intacte. Brusquement ou insidieusement la bouffée hallucinatoire éclate, le plus souvent auditive ; l'hallucination est d'abord élémentaire, puis, peu après, l'hallucination auditive verbale est constituée. Les hallucinations de

l'ouïe sont constantes. Très souvent, plusieurs sphères sensorielles sont intéressées : tous les modes de sensibilité, tant générale que spéciale, deviennent prétexte à hallucinations. L'hallucination de la vue peut être beaucoup plus rare que les précédentes.

Au point de vue de l'étiologie et de la pathogénie, M. le D^r Farnarier admet que la prédisposition joue assurément un rôle capital dans l'apparition de la psychose hallucinatoire aiguë, et il trouve légitime que l'on range cette psychose parmi les psychoses des dégénérés; mais il adopte l'opinion de Krafft-Ebing et de Kraepelin qui prétendent qu'il s'agit de dégénérescence acquise plus souvent que de dégénérescence héréditaire. Et par dégénérescence acquise on entend non seulement les cas où le cerveau a été arrêté dans son développement par une maladie grave de l'enfance ou de l'adolescence, mais aussi ceux dans lesquels le cerveau adulte a acquis une susceptibilité particulière, est devenu un lieu de moindre résistance, à la suite d'intoxications prolongées ou de maladies infectieuses graves.

En résumé, l'auteur croit pouvoir admettre que la psychose hallucinatoire aiguë traduit un état d'infériorité du cerveau, une dégénérescence mentale qui, parfois héréditaire, est souvent acquise, et qui survient à la suite d'une intoxication ou d'une infection. Ce serait une manifestation para-toxique ou para-infectieuse dont le mécanisme pathogénique doit être un trouble de nutrition de l'écorce, ou plus spécialement des centres sensoriels.

Le diagnostic sera fait avec la manie et la mélancolie — et, à ce propos, l'auteur, se rangeant à l'opinion de Kraepelin, estime que ces deux affections sont plus rares qu'on ne le dit généralement, — avec la confusion mentale primitive, les délires toxiques et névrosiques, avec la paranoïa aiguë, le délire d'emblée des dégénérés, avec les délires systématisés chroniques des dégénérés, enfin avec le délire chronique à évolution systématique.

Le pronostic est le plus souvent favorable; la maladie durera de six à huit mois et jusqu'à un an. Quand au bout d'un an la guérison n'est pas obtenue, les chances diminuent chaque jour davantage, et la psychose peut se

terminer par le passage à l'état chronique ou à un état incurable d'affaiblissement psychique.

Telle est cette thèse dans laquelle l'auteur fait preuve d'un travail personnel et d'un sens clinique éclairé. C'est d'autre part une œuvre de vulgarisation en France de la psychiatrie étrangère, surtout allemande, mais faite avec un choix judicieux des auteurs dont les doctrines sont bien mises en lumière.

Votre commission vous propose de décerner une mention très honorable à M. le Dr Farnarier.

Le mémoire n° 8, « Etude sur les illusions du temps dans les rêves du sommeil normal », de M^{lle} Justine Tobolowska, docteur en médecine de la Faculté de Paris, est un travail absolument original. L'auteur nous montre combien l'étude des illusions du temps dans le rêve peut être féconde en déductions importantes, tant au point de vue de la psychologie normale que de la psychologie pathologique.

Dans l'introduction, l'auteur définit le sujet de sa thèse. La vie psychique pendant le sommeil est caractérisée par le rêve. Il est difficile de donner une définition précise des systèmes d'illusions que l'on comprend sous le nom de rêve; cependant le bouleversement habituel de la chronologie est un des caractères qui contribuent le plus à le différencier des autres espèces d'illusions.

Le rêve a été considéré comme un phénomène merveilleux, plein de mystères, par les poètes, les artistes et la masse de l'humanité. L'imagination même, poussant les choses à l'extrême, prêtait à l'esprit du dormeur une indépendance plus grande encore qu'il n'en a réellement vis-à-vis des lois du temps, et n'hésitait pas à donner au rêve un caractère souvent prophétique.

Les psychologues qui ont étudié le rêve, scientifiquement, se sont placés à un tout autre point de vue : celui des *éléments* du rêve comparés avec les autres illusions des sens. M^{lle} Tobolowska examine ce que deviennent dans le rêve les trois notions de l'idée du temps : la notion du souvenir, la notion de succession et la notion de durée.

Le chapitre I est consacré aux illusions du souvenir. Dans le souvenir, l'auteur distingue deux éléments :

les *souvenirs* proprement dits, et la *reconnaissance* du souvenir. De là, l'étude des souvenirs faux, ou paramnésies, et l'étude de la fausse reconnaissance. La paramnésie est constituée par l'apparition d'une image ne répondant à aucun fait passé réel, mais se distinguant des autres images en ce que, au lieu d'être interprétée comme un fait actuel, elle est considérée comme ne correspondant qu'à un fait passé déjà. Cette production des faux souvenirs est sous la dépendance de l'organisation que le sujet fait inconsciemment de tableaux déconsus qui se présentent à son esprit. Quant à la fausse reconnaissance, c'est, d'après Wigan, l'impression soudaine que la scène à laquelle nous venons d'assister à l'instant s'est déjà trouvée sous nos yeux autrefois (quoique, étant donné la nature même des circonstances, elle n'ait pu être vue antérieurement). Les cas d'illusions de ce genre, survenue en rêve, ne sont peut-être pas rares, mais on a peu d'observations probantes, et l'auteur fait le résumé critique des diverses opinions des psychologues sur la reconnaissance et la fausse reconnaissance.

Dans le chapitre II il est question des illusions de la succession, c'est-à-dire le rejet, dans le passé, de plusieurs états de conscience. Cette idée de succession implique le souvenir possible d'une ou plusieurs opérations identiques. Dans certains cas, cette idée de succession disparaît-elle dans le rêve? Le mécanisme qui la produit est-il quelquefois perturbé au point de faire paraître antérieur ce qui est postérieur et inversement? L'auteur n'a pas trouvé, dans le rêve proprement dit, d'exemple du premier développement. Mais il cite, entre autres observations, une observation de notre collègue M. Pottier. Il s'agit d'une morphinomane, qui, dans un accès syncopal, avait eu l'idée très nette qu'elle allait mourir. Elle avait revu dans une sorte de panorama toute sa vie passée. Tout lui était apparu en même temps, sur le même plan, en quelque sorte.

Le chapitre III, le plus important, est consacré à l'étude des illusions de la durée. L'auteur fait la remarque qu'il faudrait logiquement classer les illusions relatives à la durée, en deux groupes opposés. Dans l'un on mettrait les cas de rêves très longs en réalité et

dont la durée a cependant paru très courte au dormeur; dans l'autre, les rêves, en réalité très courts, et ayant paru très longs. Les observations font défaut, ou bien elles manquent de netteté pour étudier le premier groupe, tandis que pour le second les cas sont nombreux et détaillés, bien que les observations n'aient pas toutes la même valeur. Comme « cas douteux », M^{lle} Tobolowska rappelle, d'après le Coran, la vision de Mahomet dans laquelle il vit toutes les merveilles du monde, quoiqu'elle n'eût duré que quelques secondes. Puis nous lisons de véritables observations empruntées à Macario, à Cardan, à Charles Richet, à Maury le rêve de ce dernier, tout au long dans son célèbre ouvrage, est bien connu. M^{lle} Tobolowska fait une critique fort ingénieuse de ces observations en tant que cas douteux. Aucun de ces rêves ne peut servir de base à une discussion sérieuse. Le rêve de Maury notamment est trop beau; et Maury, avant de l'écrire, l'a raconté et plus d'une fois, car plusieurs années s'écoulèrent entre la date de son rêve et celle de ses études spéciales sur le sommeil; il y a lieu de craindre qu'en l'écrivant pour son ouvrage, il ait fini par le compléter en voulant l'expliquer.

Les « faits précis » qui font l'objet du paragraphe suivant comprennent une demi-douzaine d'observations dans lesquelles la durée minime du rêve (quelques secondes ou deux ou trois minutes) a pu être notée avec précision, l'illusion de la longue durée du temps étant très nette.

On doit rapprocher de ces observations des faits analogues, ne différant des précédents que parce que l'illusion du temps, au lieu de s'être produite dans le sommeil proprement dit et normal, a été observée chez des sujets évanouis et en danger de mort. Tel est le cas de la morphinomane de M. Pottier; tels les cas des personnes en péril de submersion, qui, en quelques instants, voient se dérouler le tableau de leur vie entière; ce genre de vision n'est pas l'apanage exclusif des noyés. On l'observe dans des périls graves, dans des circonstances diverses. On rencontre également ces mêmes faits dans les sommeils toxiques, notamment sous l'influence du haschisch. Dans ses remarquables travaux, M. Moreau (de Tours) a bien mis en lumière ces faits

intéressants. Sous l'influence du haschisch, dit ce savant aliéniste, le temps semble se traîner avec une longueur qui désespère ; les minutes deviennent des heures, et les heures des journées.

Quelle interprétation peut-on donner à ces illusions de la durée ? M^{lle} Tobolowska passe en revue et examine les interprétations proposées. L'opinion de Taine est qu'il s'agit d'une accélération du jeu des cellules corticales. D'abord, pour un histologiste, « accélération du jeu des cellules corticales » ne peut signifier qu'accélération des fonctions d'assimilation et de déassimilation, et cette accélération devrait être énorme. Mais on peut traduire dans la phrase de Taine « accélération du jeu des cellules corticales » par accélération du jeu des images, car Taine admettait comme démontré que les images (dans les faits qu'il citait) s'étaient succédé avec une rapidité extraordinaire. Mais ce n'est là qu'une hypothèse, et, pour voir dans quelle mesure elle est justifiée, M^{lle} Tobolowska fait une analyse minutieuse et savante du mécanisme du rêve. L'homme qui rêve assiste à un défilé d'images, et il éprouve à l'occasion de ces images des émotions diverses. Dans l'ignorance des liens réels qui existent entre les différents tableaux, il en crée d'imaginaires, et son interprétation personnelle arrive à faire corps avec ses souvenirs sensoriels. En somme, le rêve est une succession de tableaux dont les liens réels sont des analogies qui nous échappent, ou des associations qui n'ont rien de rationnel, mais que nous interprétons plus ou moins. Ce qu'il y a de remarquable, c'est la fréquence très grande de l'illusion sur la durée du temps. Il semble que l'impression d'une durée extrêmement longue soit causée par un sentiment d'angoisse.

Ce travail de M^{lle} Tobolowska sur les illusions du temps dans les rêves du sommeil normal est remarquable à tous égards. C'est une étude médico-psychologique très originale, et qui nous donne la mesure de la valeur scientifique personnelle de l'auteur. C'est pourquoi votre commission, classant cette thèse la première parmi celles qui ont été soumises à son examen, vous propose de décerner à M^{lle} Tobolowska, docteur en médecine de la Faculté de Paris, le prix Moreau (de Tours).

Conformément aux conclusions de ce rapport, le prix Moreau (de Tours) est décerné à M^{lle} TOBOLOWSKA ; des mentions honorables sont accordées à MM. FARNARIER et DUCOSTÉ.

Rapport de la commission du prix Semelaigne.

M. FEBVRE. — Messieurs, la commission que vous avez bien voulu nommer pour examiner les titres des candidats au prix Sémelaigne, commission composée de MM. Meuriot, Brunet, Taguet, Sémelaigne et Febvre, m'a chargé de vous soumettre ses impressions sur la valeur scientifique des deux mémoires que nous avons eu à analyser et à apprécier.

L'un, le mémoire n° 1, porte comme épigraphe : « Et c'est une folie à nulle autre seconde, de vouloir se mêler à corriger le monde » (*Misunthrope*, Acte I, scène I).

L'auteur de ce mémoire commence par faire ressortir l'importance et la nécessité de mesures protectrices rapidement prises et susceptibles de faire disparaître les craintes de séquestrations arbitraires.

Dans un premier chapitre intitulé : Avant et après la loi de 1838, il discute les articles du Code civil relatifs à la législation des aliénés, en matière de tutelle ou d'interdiction ; il s'élève à juste titre contre l'interdiction prononcée à la légère, et il reconnaît à la loi de 1838 le mérite d'avoir restreint l'application de la mesure si grave de l'interdiction. Il aborde alors successivement le rôle de la Commission de surveillance, le mode de nomination et l'étendue des pouvoirs de l'administrateur provisoire, de l'administrateur judiciaire, du notaire commis, du curateur à la personne, la législation applicable aux aliénés sans domicile, sans parents, ou traités à l'étranger, l'opportunité de l'interdiction dans certains cas, toutes les questions ayant trait à la gestion des biens des aliénés (baux, ventes d'offices, opérations préliminaires du partage d'une succession, recettes, etc.). Plus loin, il cherche à établir la responsabilité des divers administrateurs, le recours possible en cas d'incurie contre des receveurs d'asiles ou contre les établissements eux-mêmes. Il discute les fonctions

multiples du mandataire spécial *ad litem*; chemin faisant, il laisse ressortir les différences sous le rapport du contrôle entre les établissements publics et les établissements privés.

Dans un deuxième chapitre, l'auteur passe en revue les mesures protectrices des biens des aliénés dans les principales législations étrangères.

Dans un troisième chapitre, une critique très judicieuse de la loi de 1838 permet à l'auteur de proposer certaines réformes capables de protéger efficacement les biens des aliénés. Le projet Dubief est notamment étudié dans ses principales dispositions. A l'appui de ses discussions juridiques, il cite l'opinion de jurisconsultes éminents; il considère comme de très grands avantages l'extension des pouvoirs de l'administrateur légal provisoire, la nomination de l'administrateur datif, sorte de tuteur de l'aliéné, le droit de contrôle du curateur et la rareté de l'interdiction. On peut dire qu'il ne laisse de côté dans ce chapitre aucune question relative à la protection des biens des aliénés. C'est ainsi qu'il étudie le rôle de la commission de surveillance en cas de transfèrement des aliénés, toutes les opérations de protection ou de disposition à l'égard des malades, la durée des baux consentis, l'importance des ventes de meubles, corporels ou incorporels, l'intervention du ministre de l'intérieur pour la nomination d'un administrateur provisoire, les droits du mari ou de la femme en cas de séquestration de l'un des conjoints ou de séparation de biens, le rôle bienfaisant du curateur, même pour les aliénés placés à l'étranger, etc.

Enfin, il cherche à définir la protection de l'aliéné telle qu'il la conçoit. Il paraît se recommander surtout, dans les réformes qu'il propose de la loi belge. Il voit une réelle garantie dans l'établissement d'un inventaire exact, scrupuleux, immédiatement pratiqué, des biens des aliénés, dans l'intervention du maire et du juge de paix dès l'entrée du malade à l'asile ou dans une maison de santé, dans un recrutement irréprochable des curateurs qui pourraient à la rigueur être choisis parmi des fonctionnaires spéciaux et après concours sur titres, dans un contrôle des biens des aliénés, contrôle susceptible d'être opéré après consultation de la matrice cadas-

trale et du receveur de l'enregistrement de la région habitée par le malade.

L'auteur de ce mémoire invoque à l'appui de sa thèse sa longue expérience des malades, l'opinion de divers directeurs ou médecins en chef d'asiles d'aliénés, des observations de malades victimes de parents intéressés, ou spoliés par des personnes de mauvaise foi.

En somme, ce mémoire constitue un document des plus importants sur cette question si humanitaire de la protection des biens des aliénés. Il apparaît comme l'œuvre d'un médecin ayant passé une grande partie de son existence au milieu de malheureux aliénés incapables de se défendre contre certains agissements frauduleux de leur entourage; il donne aux mesures de protection, employées jusqu'à ce jour, une orientation nouvelle, destinée à les compléter et à les rendre réellement efficaces.

Qu'il nous soit permis, toutefois, de ne pas partager absolument les vues de l'auteur sur l'assistance dans les maisons de santé privées ou dans les pensionnats. Comme lui, et comme certains médecins spécialistes dont il invoque l'opinion, nous avons maintes fois constaté l'amoindrissement progressif du revenu de certains malades, nous avons déploré ces changements de classes et de régimes si préjudiciables à la santé des malades; mais nous ne pouvons comme lui penser que toujours ces faits regrettables soient la conséquence de manœuvres dolosives, de négligence ou d'indifférence de la part de personnes intéressées. Que de fois, au contraire, des parents inspirés par une affection inaltérable ont consenti des sacrifices au-dessus de leurs ressources, pour donner à un malade une assistance plus large, croyant ainsi obtenir une guérison plus rapide! A notre avis, l'œuvre d'assistance doit s'étendre à toutes les classes de la société, s'adapter à toutes les bourses, comprendre des mesures hospitalières absolument appropriées aux ressources des malades ou de leurs familles. A ceux qui jouissent d'une aisance modérée, doivent s'ouvrir des pensionnats à pension peu élevée; à ceux qui sont favorisés par la fortune, doivent s'ouvrir des installations hospitalières en rapport avec leur condition antérieure d'existence.

Nous tenons également à faire part à l'auteur du mémoire n° 1 de notre peu de confiance dans les inventaires pratiqués à la hâte par le maire ou le juge de paix. Un inventaire exact doit comprendre le passif et l'actif d'une situation financière, s'étayer sur des données absolument sûres. Est-il possible en quelques jours de connaître exactement l'état de fortune d'un malade? A côté du receveur de l'enregistrement, figure un autre fonctionnaire, qu'il faudra également consulter : le conservateur des hypothèques. Puis cet inventaire, dans la plupart des cas, sauvera-t-il la situation? Avant la séquestration, que de malades peuvent être victimes de spoliations, que de malades peuvent compromettre eux-mêmes leur fortune! Enfin, un nouvel ordre de fonctionnaires destiné à fournir des curateurs est-il d'une création indispensable?

Sous la réserve de ces observations, nous maintenons nos éloges à l'auteur du mémoire n° 1, qui a su donner à la question de la protection des biens des aliénés une importance dont il faudra tenir compte dans l'avenir.

Le mémoire n° 2 est signé de M. le Dr Lalanne, médecin de l'asile de Maréville, près Nancy (Pensionnat Sainte-Anne).

L'introduction comprend des données sur la situation des aliénés avant et après Pinel.

Dans un premier chapitre, l'auteur fait un historique complet de la question. Cet historique, tiré du droit romain, est extrêmement intéressant; il nous ramène à la loi des XII tables, à certains modes de protection, et notamment à la tutelle des agnats et des gentelles, à la différence qui existait entre le *furiosus* et le *demens*, au pouvoir illimité du curateur, à la curatelle sous Justinien, à la suspension de certains droits de protection pendant les intervalles lucides, aux recours exercés en cas de gestion défectueuse.

L'ancien droit, selon l'auteur, ne contient aucun texte relatif à la législation spéciale des aliénés avant le XIII^e siècle. Nous assistons alors à la distinction entre la folie naturelle et la forcennerie, et nous voyons qu'à cette époque les pouvoirs publics se sont préoccupés de nommer des curateurs pour insensés. La folie entraînait la déchéance du droit d'aînesse, l'impossibilité de

se marier. A la fin de la période féodale, les formalités pour obtenir l'interdiction ou la mise en curatelle étaient nettement définies.

Comme le fait très justement remarquer M. le Dr Lalanne, la capacité juridique des aliénés semble à cette époque préoccuper tous les esprits, et leur situation matérielle, au contraire, paraît être complètement négligée.

Plus loin, l'auteur étudie la situation des aliénés aux xvi^e et xvii^e siècles, les tortures auxquelles ils sont exposés, les supplices qu'on leur fait subir. Il nous rappelle que les premiers établissements destinés au refuge des malheureux aliénés se sont ouverts au xvi^e siècle, à Marseille, puis à Avignon (Pénitents noirs); la renfermerie générale de Maréville date de 1714.

L'auteur étudie dans un chapitre spécial les conditions des aliénés avant la loi de 1838. La note dominante qui se dégage des articles de loi (lois de 1790 et des 19 et 22 juillet 1791, loi du 24 vendémiaire an IX), est une note de méfiance à l'égard des aliénés indigents, qui sont assimilés à des malfaiteurs.

A propos du Code civil, M. le Dr Lalanne critique la fréquence de l'interdiction, la publicité donnée aux instances en interdiction, les difficultés rencontrées au sujet de la levée de l'interdiction, l'impossibilité d'appliquer aux aliénés un conseil judiciaire. En somme, il condamne un système de protection qui, appliqué mal à propos ou abusivement, peut être préjudiciable à l'aliéné, à sa famille et à la société.

L'auteur passe ensuite à l'examen de la loi de 1838; il décrit les attaques dont elle a été l'objet, les diverses phases observées dans son application, de 1838 à 1860. Il aborde ensuite l'étude du projet de loi élaboré en 1870, du projet de loi Gambetta et Magnin, du projet Fallières 1882, du rapport Roussel 1884, adopté en 1887. Il cite également le projet de loi élaboré en 1892 par MM. Reinach et Lafont, députés.

Dans la discussion juridique qu'il entreprend par la suite, il fait, comme l'auteur du mémoire n° 1, ressortir les différences qui existent entre les différents administrateurs, il s'étend longuement sur les attributions de l'administrateur provisoire datif; il compare notre législation à des législations étrangères et notamment à la

législation anglaise et à la législation hollandaise ; il préconise l'usage d'un inventaire minutieux avant la vente des meubles corporels et incorporels ; il traite de l'emploi des revenus supérieurs aux besoins de l'aliéné, au mode de signification variable suivant la situation des malades ; il établit les responsabilités des divers administrateurs, de la commission de surveillance, des établissements, des receveurs ; il donne un aperçu rapide, mais cependant complet, des usages adoptés en Angleterre, dans le grand-duché de Luxembourg, à New-York, à Genève, en Suède, en Norvège, dans le grand-duché de Bade, en Autriche ; il donne également son appréciation sur les sorties à titre d'essai, préconisées dans le projet Reinach. Enfin, il soulève la question du droit international à propos des aliénés séquestrés à l'étranger et il conclut à la nécessité de comptes de gestion périodiques, contrôlés par des vérifications périodiques. Selon l'auteur, la loi de 1838 est d'un mécanisme quelque peu compliqué et parfois insuffisant ; il donnerait ses préférences à la loi particulière au canton de Genève. Cette loi aboutit à l'interdiction, mais dans un délai qu'il prolonge, et après certificat du médecin traitant constatant l'incurabilité du malade.

Vous le voyez, Messieurs, les deux mémoires dont nous venons de vous soumettre une analyse succincte ont une réelle valeur. L'un s'appuie sur des observations prises au cours d'une carrière déjà longue dans les asiles ; l'autre est une étude très complète du droit en matière de protection des biens des aliénés. Sans doute, M. Lalanne a commis un oubli regrettable en ne citant même pas le rapport de M. le Dr Dubief sur la question ; il a également, comme l'auteur du mémoire n° 1, complètement laissé dans l'oubli les rapports si étudiés que M. le Dr Bourneville a rédigés, soit comme rapporteur de la loi sur les aliénés à la Chambre des députés, soit comme membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; comme son concurrent, il n'a pas consulté les dissertations si élevées que M. Emile Caron a soulevées à plusieurs reprises sur la gestion et la protection des biens des aliénés à la commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine ; mais il a d'un autre côté eu l'heureuse idée de traiter la question depuis son origine

jusqu'à nos jours. Aussi votre commission est-elle d'avis de récompenser les deux mémoires, de partager le prix Semelaigne, en accordant une somme de 300 francs à l'auteur du mémoire n° 1 et une somme de 200 francs à l'auteur du mémoire n° 2 et en décernant aux deux candidats le titre si recherché de lauréat de la Société médico-psychologique de Paris.

Conformément aux conclusions de ce rapport, le prix Semelaigne est partagé entre M. SAMUEL GARNIER, médecin-directeur de l'asile de Dijon (Côte-d'Or), auteur du mémoire n° 1, et M. LALANNE, médecin-adjoint de l'asile de Maréville, auteur du mémoire n° 2. Sur les 500 francs qui constituent le prix, 300 francs sont accordés à M. Samuel Garnier et 200 francs à M. Lalanne.

La question proposée pour le prix Semelaigne à décerner en 1903, est la suivante : « Historique de la paralysie générale. »

La séance est levée à 5 h. 1/2.

RENE SEMELAIGNE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Neurologisches Centralblatt

ANNÉE 1898.

I.—*Des obsessions*; par E. Mendel (numéro de janvier). — Le mot de « Zwangsvorstellung » a fait son apparition dans la psychiatrie allemande en 1877. Westphal, qui en est le parrain, le définit ainsi : « Une représentation qui (l'intelligence étant d'ailleurs intacte), sans être conditionnée par aucun état affectif, s'impose à la conscience malgré la volonté, ne se laisse pas écarter, empêche le cours normal des représentations qu'elle traverse, paraît toujours anormale et comme étrangère à celui qui en est l'objet et qui en a pleinement conscience. »

En France, ces états sont désignés sous le nom d'obsessions ou d'idées obsédantes. Morel, sous le nom de délire émotif, en a fait une description classique. Pour lui, comme pour Westphal, ces états ne doivent pas être confondus avec les psychoses. Depuis, la signification du mot « obsession » a gagné en étendue, et les récents traités de psychiatrie parlent d'une folie par obsession. Le lexique grec aidant, la psychiatrie allemande a été envahie par les phobies, et la communication faite par MM. Pitres et Régis au Congrès de Moscou montre qu'il en est de même en France. L'auteur estime qu'il y a un triage à faire, et à fixer la signification du terme « obsession ». D'après lui, certains faits rangés dans les obsessions, comme la peur de la foudre, de l'obscurité, la manie de compter, de prononcer certaines paroles, s'observent chez l'homme sain. Son expérience ne lui permet pas d'affirmer que ces « keraunophobies, nyctophobies, arithmomanies, onomatomanies », sont le plus souvent accompagnées de signe de dégénérescence. Si on veut en faire des obsessions, il faut admettre des obsessions physiologiques pouvant résulter d'un vice d'éducation, d'une superstition, etc.

L'auteur proteste aussi contre la qualification d'obsessions donnée à certaines idées délirantes qui, dans une affection mentale, envahissent la scène et s'y fixent d'une manière spéciale. Il voudrait qu'on évitât de qualifier d'obsession, un symptôme d'une psychose.

Il fait ressortir que beaucoup « d'obsessions » ne sont que des phénomènes secondaires de l'hypocondrie, de l'hystérie et de l'épilepsie.

Un hypocondriaque se trouve sur une place, il a l'idée qu'il pourrait tomber malade, loin de tout secours. Replacé dans les mêmes conditions, il se souvient de la peur qu'il a eue, « prend peur de prendre peur »; peu à peu le fait se produit inconsciemment, et il est devenu agoraphobe; mais cette phobie, qui paraît née spontanément, est en fait le produit d'un processus psychique compliqué.

Chez l'hystérique, les obsessions évoluent surtout dans la sphère sexuelle; obsessions de jalousie, etc. Compliqué de troubles vaso-moteurs, le phénomène peut devenir l'érythrophobie récemment décrite.

Enfin certains épileptiques présentent des obsessions (onomatomanie, etc.) offrant le caractère tantôt d'équivalents psychiques de l'épilepsie, tantôt d'aura, tantôt de phénomènes postépileptiques.

Toutes ces « obsessions » ne sont que des symptômes de maladies du système nerveux; elles sont secondaires et ne répondent pas à la définition donnée par Westphal. Mais il existe des obsessions qui, en dehors d'une affection du système nerveux, sont caractérisées par ce fait qu'elles résultent d'un défaut des phénomènes d'association d'idées. Cette association ne se fait plus qu'à l'aide d'un ou deux principes, les principes de causalité ou de contraste, par exemple.

Il s'impose alors à l'esprit des questions qui, avec une association non défectueuse, ne sauraient surgir. Le malade se demande, par exemple, pourquoi Dieu a créé l'homme, pourquoi les hommes ne marchent pas sur la tête, comment sont les pieds nus d'un visiteur, s'ils sont propres, etc., etc.

Ce genre d'obsession a été dénommé par Morselli « *paranoïa rudimentaria* ». Et en fait, comme dans la paranoïa confirmée, il s'agit d'un trouble d'association; les éléments premiers du délire paranoïque peuvent être vrais, c'est l'association qui se fait contrairement aux lois physiologiques. D'ailleurs la *paranoïa rudimentaria* de Morselli verse souvent dans la paranoïa

confirmée. Si cette notion est établie en psychiatrie, il n'y aura plus place pour une maladie par obsessions; tous les cas ne rentrant pas dans la « paranoïa rudimentaria » seront à répartir entre l'hypocondrie, l'hystérie et l'épilepsie avec obsessions.

II. — *Un cas de maladie de Bernhardt (troubles de la sensibilité à la cuisse)*; par le D^r Good (numéro de janvier). — Plusieurs cas de maladie de Bernhardt ayant été décrits dans le journal depuis trois ans, l'auteur en rapporte une nouvelle observation. Les troubles de la sensibilité, observés dans ce nouveau cas de névrite du musculo-cutané externe, n'offrent rien de particulier. L'auteur fait remarquer qu'il s'agit d'une récurrence survenue chez une jeune infirmière sans tare névropathique. La première atteinte semble avoir eu pour cause le refroidissement, par l'humidité et les courants d'air d'une buanderie dans laquelle la malade travaillait de longues heures debout.

Elle a guéri par trois mois de massage, de faradisation, et surtout de repos. La récurrence, au contraire, survenue six ans plus tard, n'est guérie qu'incomplètement après quinze mois. Les phénomènes douloureux ont disparu, il est vrai; mais il persiste de la diminution de la sensibilité, et même, à un point qui semble correspondre à l'émergence du nerf, de l'analgésie.

III. — *Des paralysies consécutives aux injections antirabiques de Pasteur*; par Darschewitsch (numéro de février. — Le *Bulletin de l'Académie de médecine* de 1897 (n^{os} 24, 26) rapporte des cas de paralysie à la suite de vaccinations antirabiques de Pasteur. Comment se produisent ces accidents; comment évoluent-ils? La question, d'après l'auteur, ne manque pas d'intérêt, et a, en outre, l'avantage pratique de montrer jusqu'à quel point peut être justifiée la crainte que les injections antirabiques pourraient inspirer au public mis au courant de ces accidents.

Il rapporte donc deux cas de paralysies observés dans les circonstances suivantes :

Dans la première observation, il s'agit d'un homme mordu en même temps que deux autres personnes par un chien déclaré enragé. Les trois personnes sont traitées par les injections pasteuriennees.

L'homme seul présente, cinq jours après la cessation du traitement, des douleurs dans la jambe gauche et dans les deux bras, ainsi que de la parésie des membres atteints. Six mois plus tard, la flexion des doigts, à la main gauche surtout, ne se fait que difficilement; la guérison s'établit néanmoins.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un homme mordu par un chien *non enragé*, et qui se fait néanmoins traiter par les injections antirabiques; à la suite du traitement, il est atteint de diplégie faciale, qui du reste s'améliore au bout de huit jours, et évolue lentement vers la guérison.

Ayant pu écarter chez ses deux malades toute autre cause de paralysie (alcoolisme, syphilis, etc.), l'auteur est amené par élimination à admettre que la cause des accidents observés réside dans les injections antirabiques. La contamination rabique directe ne saurait être incriminée, puisque le deuxième malade n'avait pas été contaminé. Il s'agissait, dans les deux cas, de polynévrites, ce qui prouve que les injections peuvent produire la paralysie autrement que par la voie médullaire.

Le mode d'action reste incertain, puisque sur les trois personnes soumises au traitement antirabique pour le premier cas, une seule a eu des accidents. Ceux-ci dans les deux cas n'ont pas présenté un caractère grave, et le pronostic serait donc plutôt bénin.

IV. — *Les centres d'association de Flechsig, leur signification au point de vue du développement de l'intelligence et du langage, au point de vue de la psychologie du langage et de l'étude des aphasies*; par le Dr Otuzewski (numéros de février et de mars). — L'auteur commence à donner un aperçu de la doctrine de Flechsig relativement aux centres d'association, en envisageant cette doctrine au point de vue de ses rapports avec les questions indiquées dans le titre de l'article. Ces centres sont constitués par les domaines corticaux qui relient entre eux les différents centres sensoriels. Une impression ne peut être reçue sans la mise en jeu d'un centre sensoriel; quant aux perceptions plus compliquées qui nécessitent la réunion d'un certain nombre d'impressions simples ou de souvenirs, les centres sensoriels ne suffisent pas à les élaborer; il est nécessaire pour cela qu'il se fasse un travail d'association des phénomènes produits dans les divers centres sensoriels. Or, chez le nouveau-né, il n'existe que peu de fibres d'association entre les divers centres; celles-ci se développent dès le deuxième mois de la vie, et finissent par envahir en très grand nombre les espaces situés entre les centres sensoriels, et de là se mettent en communication avec l'hémisphère opposé. A ces réseaux de fibres, Flechsig donne le nom de centres d'association, et il en distingue trois: un postérieur (occipito-pariétal), un moyen (insulaire) et un antérieur (frontal).

Le centre d'association postérieur joue, d'après Flechsig, un rôle important dans le langage intérieur; car il est le siège de la mémoire des mots, et les troubles mnésiques ou d'association qui s'y produisent causent l'aphasie sensorielle transcorticale, l'alexie transcorticale, l'aphasie optique, et, si la lésion est bilatérale, l'agnosie de Freud (apraxie).

Les lésions du centre d'association antérieur produisent de l'affaiblissement intellectuel, par conséquent plutôt diminution de l'attention qu'oubli des mots.

Quant au centre moyen ou insulaire, il est le point de convergence de tous les champs sensoriels ou moteurs qui interviennent pour le langage.

Les centres d'association sont remplis de cellules spéciales dont la fonction est d'associer les excitations des régions sensorielles et les images mnésiques, et non de servir simplement de trait d'union aux divers centres sensoriels, comme le prétendaient Wernike, Meynert, etc. Les neurones centraux des centres d'association n'existent que chez l'homme et chez les singes anthropomorphes; ils ont une signification particulière pour la vie psychique.

Sans les centres d'association, il nous serait impossible de réunir en un seul tout les données fournies par les divers sens.

Telles sont les idées de Flechsig que l'auteur met à contribution pour expliquer le développement de l'intelligence, la psychologie du langage et le mécanisme des aphasies. Elles concordent avec les observations faites sur le nouveau-né, qui peut bien recevoir les impressions simples, mais non celles composées d'éléments fournis par divers sens. Ces dernières ne lui deviennent accessibles qu'au quatrième mois, et ce n'est que bien plus tard, entre la deuxième et la troisième année, que se développe le sentiment de la personnalité, du moi subjectif, en opposition avec le monde extérieur.

La même marche progressive s'observe pour le langage. Le souvenir du son se fixe de bonne heure dans le centre sensoriel (région de Wernicke); mais le rapport des mots avec les idées qu'ils représentent, phénomène qui a son siège dans le centre d'association postérieur, n'existe pour l'enfant qu'au huitième mois. Vers le onzième mois se développe la volonté et la faculté d'imitation. L'enfant commence à prononcer des mots qui laissent des traces dans le centre moto-sensoriel (région de Broca), et ainsi se forme la mémoire motrice, et s'accumulent, vers la

fin de la deuxième année, les éléments du langage articulé. Le langage n'est donc pas, comme le disent Küssmaul, Wernike et Lichtheim, un acte réflexe, mais un processus psychique compliqué. Le travail auquel l'enfant se livre pour arriver à parler échappe à une observation superficielle; il devient cependant bien visible chez l'enfant arriéré.

Le centre d'association moyen (insulaire) doit être considéré comme le siège du langage automatique, de la mémoire des mots en dehors de toute idée représentative correspondante. Le siège du langage psychique, au contraire, serait dans le centre d'association postérieur. Appliquées aux phénomènes d'aphasie, ces idées les éclairent d'un jour nouveau, d'après l'auteur, qui, sans contester que le siège de la mémoire motrice est à la région de Broca, croit que les lésions de la troisième circonvolution frontale ne détruisent que la faculté d'articulation, sans atteindre le langage intérieur. Ce fait expliquerait le mécanisme des aphasies jusqu'à présent qualifiées d'aphasies motrices subcorticales (avec faculté d'écrire et de lire conservée), et d'aphasies motrices transcorticales (avec faculté, non seulement d'écrire, mais de lire à haute voix). Si la notion émise sur la fonction du centre d'association moyen est juste, ajoute l'auteur, l'aphasie totale avec agraphie et alexie ne doit être produite que par une lésion de l'insula de Reil.

Déjerine, Pascal, Saburin ont publié des observations avec autopsie qui tendent à confirmer cette théorie, puisqu'elles ont montré, dans des cas d'aphasie totale, la région de Broca intacte, alors que l'insula était le siège d'une lésion. D'autre part, des observations d'aphasie dite subcorticale et transcorticale avec lésion de la troisième circonvolution frontale ont été publiées par Déjerine, Magnan et Hammond.

En résumé, d'après les principes émis et les faits observés, l'auteur considère l'aphasie comme le résultat d'un trouble de la mémoire sensorielle (motrice, auditive ou visuelle) ou d'une perturbation de la mémoire d'association, cette dernière ayant son siège dans les centres d'association moyen et postérieur de Flechsig.

En conséquence, il faut admettre des aphasies sensorielles et des aphasies d'association; les unes et les autres peuvent être organiques ou fonctionnelles.

L'auteur classe les *aphasies sensorielles* organiques de la manière suivante :

1° Aphasie motrice isolée (lésion de la circonvolution de Broca);

2° La surdité verbale;

3° L'alexie isolée.

Les *aphasies d'association* (organiques) comprennent pour le centre moyen : l'aphasie motrice toujours compliquée d'alexie, et éventuellement aussi d'agraphie.

Pour le centre d'association postérieur, l'auteur admet : 1° une aphasie sensorielle d'association, dans laquelle les mots ne sont plus compris, il y a paraphasie; 2° une alexie d'association appelée autrefois alexie transcorticale de Wernike, dans laquelle le malade peut lire les mots, mais ceux-ci ne répondent pour lui à aucune représentation mentale; 3° l'aphasie optique (le malade voit et reconnaît les objets, mais ne peut les nommer sans appeler à son aide une autre sensation, tactile, auditive, etc.); 4° la cécité psychique.

L'auteur adopte la même classification pour les aphasies amnésiques fonctionnelles, et met en garde contre les formes mixtes qu'on peut observer. Il constate en terminant que les idées de Flechsig ont fait faire des progrès à l'étude des aphasies, progrès que de nouvelles études anatomo-pathologiques ne manqueront pas de compléter.

V. — *Etiologie des névroses fonctionnelles (hystérie et neurasthénie)*; par le D^r E. Biernaki (numéro de mars). — Le sang dépose d'autant plus rapidement qu'il est riche en fibrine; c'est ce qui permet d'établir, par le procédé de « sédimentation », la teneur de ce liquide en fibrine. L'auteur a examiné à ce point de vue spécial le sang des hystériques et des neurasthéniques, chez vingt malades.

Il a observé, dans certains cas d'hystérie, une proportion de 4 p. 1.000, double par conséquent de la quantité normale. Dans d'autres cas, chez des neurasthéniques surtout, la proportion de fibrine était inférieure à la normale. Le D^r Luxembourg a repris les mêmes recherches dans trente cas. Les résultats ont été pareils à ceux obtenus par l'auteur, qui, par conséquent, considère comme un fait acquis que, dans l'hystérie et la neurasthénie, la teneur du sang en fibrinogène, la transformation et la régénération de cette substance, et la quantité de fibrine par rapport à la quantité de fibrinogène sont constamment anormales. Or, comme d'autre part la quantité de fibrinogène est conditionnée par les processus d'oxydation, l'auteur en conclut que, dans l'hystérie et la neurasthénie, il y a constamment

trouble des phénomènes d'oxydation, et que l'hystérie, contrairement à l'opinion courante qui en fait une maladie primaire du système nerveux, est une manifestation secondaire, dont la cause réside dans la perturbation des phénomènes d'oxydation.

Cette perturbation est révélée par les anomalies que présentent les phénomènes de sédimentation, anomalies qui s'observent aussi dans d'autres maladies. En effet, accélérée dans la tuberculose et l'anémie, la sédimentation est retardée dans les affections rénales et cardiaques; mais dans ce cas, il y a généralement hydrémie, tandis que, dans les névroses, les conditions du sang, en dehors de la proportion normale de fibrine, restent normales.

L'auteur reconnaît qu'il n'est pas possible actuellement de prouver le caractère spécifique et primaire des troubles de sédimentation signalés par lui; mais s'il leur a donné la signification mentionnée, c'est parce qu'il existe d'autres faits qui viennent donner de l'autorité à son hypothèse. Ces faits sont :

1° L'apparition du complexe de l'hystérie et de la neurasthénie dans les maladies constitutionnelles, par conséquent à titre secondaire, et il cite comme exemple l'hystérie liée à la chlorose, à la maladie de Basedow, à l'arthritisme;

2° La proche parenté héréditaire, surtout de l'hystérie, avec des maladies ayant précisément pour caractéristique des troubles des processus d'oxydation. Charcot a signalé, en effet, la fréquence de la goutte, du diabète, de la diathèse adipeuse, du rhumatisme chronique dans les familles névropathiques;

3° La genèse de l'hystérie par des agents matériels, tels que l'intoxication, le traumatisme, etc.

Du moment qu'on admet des hystéries secondaires, et qu'il est établi que celles-ci naissent surtout dans les affections caractérisées par un vice des processus d'oxydation, ne doit-on pas regarder l'hystérie en général comme une affection secondaire, surtout alors qu'il est démontré qu'elle est toujours accompagnée de troubles des phénomènes d'oxydation ?

A cette théorie, on ne saurait objecter l'influence psychique sur la production de certains phénomènes hystériques; car la goutte et le diabète aussi peuvent apparaître sous l'influence de causes psychiques.

D'autre part, l'auteur estime que sa théorie expliquerait certains symptômes qui sont surtout des manifestations de la suggestibilité.

On pourrait admettre, en effet, que celle-ci est augmentée

par les défauts d'oxydation, de même qu'on pourrait expliquer certains phénomènes physiques (altération du suc gastrique, prostatorrhée, sueurs) par une action élective des toxines.

Enfin, l'auteur estime que si l'isolement et la suggestion agissent heureusement dans l'hystérie, il n'en est pas moins vrai que celle-ci ne guérit pas, à proprement parler. Les accidents, comme dans la goutte et le diabète, disparaissent pour une durée plus ou moins longue; mais on assiste, comme pour ces dernières maladies, à des crises plus ou moins fréquentes. D'après l'auteur, il faudrait considérer les périodes d'amélioration dans l'hystérie, comme des « guérisons spontanées » dues à une compensation temporaire des troubles spéciaux de l'oxydation.

VI. — *Des médicaments cardiaques dans le traitement de l'épilepsie*; par le professeur Bechterew (numéro d'avril). — L'auteur a obtenu des améliorations et souvent des guérisons, dont quelques-unes remontent à plus de trois ans, en associant les cardiaques au bromure dans le traitement de l'épilepsie. Il n'a eu recours à cette médication que dans les cas où le bromure employé seul n'avait procuré aucun soulagement.

C'est tantôt l'*adonis vernalis*, tantôt la digitale qu'il associe au bromure selon les formules suivantes : infusion d'*adonis vernalis*, 2 à 2,80 dans 180 d'eau avec 12 grammes de bromure (6 cuillerées par jour); ou bien, infusion de digitale, 0,50 à 0,75 dans 180 avec BrNa ou BrK, 6 à 8 grammes, et codéine 0,15 à 0,20 (4 à 8 cuillerées par jour). La potion d'*adonis vernalis* a été continuée pendant quatre ans sans aucun accident, et la digitale pendant quatre mois, sans que le malade en fût incommodé. La codéine, outre une action spéciale, a l'avantage de combattre la diarrhée que provoque parfois l'*adonis vernalis*.

D'après l'expérience acquise, l'auteur donne la préférence à l'*adonis vernalis*, tout en faisant remarquer qu'il a trouvé des cas où la digitale se montrait plus efficace.

Quant au mode d'action des cardiaques, l'auteur est porté à l'expliquer par leur action directe sur le cœur, par leurs propriétés diurétiques, et par les effets vaso-constricteurs. Ces effets répondent à des causes différentes, qui sont : l'accélération des mouvements du cœur dans l'épilepsie, l'influence nocive des toxines que le rein peut éliminer, et la dilatation vasculaire constatée dans les capillaires cérébraux pendant les crises d'épilepsie. Il a obtenu des effets heureux avec la même médication dans la neurasthénie et dans d'autres troubles fonction-

nels, et a constaté que les bromures combinés avec les médicaments cardiaques sont mieux supportés.

VII. — *De la vanne protectrice interposée dans le système circulatoire de la moelle allongée* ; par le professeur Adamkiewicz (numéro d'avril). — A côté du type chronique du tabes syphilitique, il existe un type aigu, compliqué de paralysies graves. Or, ces paralysies suivent une marche ascendante ; après avoir débuté par les membres inférieurs, elles atteignent les muscles du bassin, de l'abdomen, des membres supérieurs. Il arrive aussi que les domaines de certains nerfs craniens (oculomoteurs, facial, hypoglosse) soient atteints, tandis que la mastication, la déglutition, la respiration et la circulation restent normales ; ce qui indique que la région bulbaire est ménagée. L'auteur donne l'explication de ce fait, et la base sur des données d'anatomie normale et pathologique. Les accidents sont dus, dit-il, aux troubles circulatoires consécutifs à l'endartérite syphilitique, et celle-ci se développe avec plus de rapidité et d'intensité dans les vaisseaux qui, par leurs dimensions, offrent une porte d'entrée plus large aux agents infectieux, ou qui, par leur passage dans des tissus plus lâches, se prêtent mieux à la diffusion de ces agents. Or, ces conditions favorables existent dans les troncs vasculaires de la moelle et du cerveau et font au contraire défaut dans la circulation de la moelle allongée. L'auteur a établi antérieurement que le sang artériel arrive dans la moelle par des artères qui émanent d'un tronc lombaire et remontent jusqu'à la région cervicale, sans aller dans la moelle allongée. Ces artères, dénommées par l'auteur *spinales magnæ*, forment des chaînes anastomotiques qui nourrissent les cornes antérieures de la substance grise. Le sang vient donc de bas en haut et non de haut en bas par des artères vertébrales, comme on le croyait à tort ; et ce fait explique la marche ascendante des lésions et des phénomènes paralytiques, de même que les dispositions anatomiques du tronc basilaire et de ses branches expliquent l'action des agents infectieux sur le territoire de certains nerfs craniens.

Il en est tout autrement pour le réseau vasculaire de la moelle allongée. Par des injections répétées dans des conditions différentes, l'auteur a démontré que ses *arteriæ spinales magnæ* ne s'étendent pas à la moelle allongée et que les injections poussées par le tronc basilaire rencontrent une grande résistance pour pénétrer dans la moelle allongée. Les vaisseaux de cette région ont pu être injectés séparément par la voie des deux

artères vertébro-spinales antérieures de l'auteur, appelées autrefois par erreur « artères spinales », parce qu'on croyait qu'elles descendaient tout le long de la moelle. Or, elles ne descendent pas au delà des pyramides. Au point où elles prennent naissance sur les artères vertébrales, elles présentent une lumière très petite, comparativement au calibre du tronc principal. De ce fait, elles opposent à l'ondée sanguine une résistance très forte, que le réseau de capillaires qui les termine, augmente encore. Cette disposition constitue, d'après l'auteur, non seulement un système de double vanne qui protège la moelle allongée contre les chocs trop brusques de l'ondée sanguine, mais encore un double filtre, pour ainsi dire, qui garantit cette région contre une diffusion trop facile des agents d'infection.

VIII. — *Etiologie des névroses fonctionnelles (Hystérie et neurasthénie)*; par le D^r Vigouroux (numéro d'avril). — Dans le numéro de mars du *Neurologisches Centralblatt* (voir ci-dessus), Biernacki a publié une étude sur l'étiologie de l'hystérie et de la neurasthénie. Il considère ces maladies comme secondaires, comme consécutives à un trouble des processus d'oxydation. Il reconnaît que sa théorie n'est peut-être pas nouvelle, mais croit qu'elle n'a jamais été émise d'une manière formelle. C'est contre cette dernière opinion que proteste le D^r Vigouroux, en soulevant une question de priorité. Il prouve, par des citations de publications faites par lui, que non seulement les idées de Biernacki ne sont pas nouvelles, mais qu'elles ont été émises par lui à différentes reprises. Les passages sur lesquels Vigouroux appuie ses arguments sont tirés des publications suivantes, que les lecteurs des *Annales* pourront consulter :

1° *Traité élémentaire de thérapeutique*, de Manquat (3^e édition), Paris, Baillière, 1898; 2° *La neurasthénie*, de Levillain, avec une préface du professeur Charcot et une communication thérapeutique du D^r Vigoureux (Maloine, 1891); 3° *Neurasthénie et arthritisme*, par le D^r Vigoureux (Paris, Maloine, 1893).

L'auteur se félicite de ce que Biernacki soit arrivé par une voie différente aux mêmes conclusions que lui, sur l'influence des phénomènes de nutrition dans la genèse des névroses. Ce fait fait ressortir l'importance théorique et pratique de cette question, et l'auteur annonce un travail sur la neurasthénie, travail dans lequel il s'efforcera de mettre en vue le rôle prépondérant de la dyscrasie, comparativement au rôle très réduit des influences psychiques et du surmenage.

IX. — *La paralysie générale chez la femme*; par le Dr Greidenberg (numéro d'avril). — En 1859, un aliéniste expérimenté, Neumann, niait encore l'existence de la paralysie générale chez la femme, et aujourd'hui Ritti a pu écrire avec raison que « la femme, pour avoir laissé longtemps le triste privilège de la paralysie générale à l'homme, cherche à le lui disputer; même pour cette affreuse maladie, elle veut être l'égale de l'homme. » Il n'est donc pas étonnant que la question ait été étudiée par les aliénistes de tous les pays. Ils se sont surtout préoccupés d'établir la proportion des cas de paralysie générale comparée dans les deux sexes, et de faire ressortir les caractères cliniques spéciaux à la paralysie féminine.

La proportion des paralytiques suivant le sexe, varie selon des conditions multiples. Dans le service de l'auteur, à Simferopol, il y a eu durant les douze dernières années un paralytique homme sur six admissions et une paralytique femme sur onze. Ce qui donne la proportion de 1,13 : 1. Garnier a donné pour le service du Dépôt à Paris la proportion de 1,17 : 1.

Les statistiques établissent qu'alors que le nombre total des paralysies générales avait seulement doublé, celui des paralysies générales chez la femme avait triplé.

Partant de ce point, que les causes principales de paralysie générale sont : la syphilis, l'alcoolisme, l'hérédité, les causes morales et les traumatismes, l'auteur a constaté que chez l'homme la cause la plus fréquente est la syphilis, tandis que chez la femme l'alcoolisme joue le rôle prépondérant.

L'auteur reconnaît le rôle important de la lutte pour l'existence, lutte si âpre à notre époque; mais il ne la considère pas comme une cause directe de paralysie générale, mais seulement comme une condition qui prépare admirablement le terrain aux autres facteurs étiologiques.

L'aspect clinique de la paralysie générale diffère un peu chez la femme : la marche est plus lente, le délire moins tapageur. Les accès maniaques si caractéristiques chez l'homme font défaut, la forme démentielle prédomine.

On a vu comment l'auteur comprend l'influence de la lutte pour l'existence. Or, cette influence doit se faire sentir surtout dans les classes inférieures; c'est dans ces classes que la femme a d'abord été obligée d'entrer dans la bataille avec l'homme et même contre lui. C'est ce qui explique que l'augmentation du nombre de paralytiques se fait surtout aux dépens de ces classes. Dans les sphères supérieures, la condition de la femme

n'a guère changé. Quant aux causes du grand développement de la paralysie générale féminine en Crimée, l'auteur les attribue au développement rapide des mœurs urbaines, à la nature du pays, qui compte des villes maritimes, des ports, et à la présence constante d'un grand nombre d'ouvriers étrangers. Il est inutile d'insister sur la manière d'agir de ces diverses causes. Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° La paralysie générale augmente sensiblement chez la femme, et dans une proportion plus forte que chez l'homme ;

2° La proportion relative des cas de paralysie générale dans les deux sexes dépend d'une série de conditions générales et individuelles, et ne saurait par conséquent être la même partout ;

3° Dans le gouvernement de Crimée cette proportion pour les douze années écoulées est presque de 2 : 1 ;

4° La paralysie générale qui se « démocratise », chez l'homme, en descendant des classes supérieures aux classes moyennes et inférieures, suit chez la femme une marche inverse et s'aristocratise en quelque sorte en montant des couches inférieures vers les moyennes et les supérieures ;

5° Considérées isolément, les causes de paralysie générale sont les mêmes chez l'homme et chez la femme ; mais chez la dernière on les voit plus souvent combinées ;

6° La paralysie générale féminine présente quelques particularités qui lui donnent un cachet spécial ;

7° L'évolution de la paralysie générale est plus lente chez la femme, et la durée moyenne de la maladie est par conséquent un peu plus longue.

X. — *Un cas de névrite optique terminé par guérison complète après quatre semaines de cécité* ; par le D^r H. Higier (numéro de mai). — La névrite optique rétrobulbaire est rare, et n'est qu'exceptionnellement bilatérale. Reissert, en 1894, n'a pu trouver dans la littérature médicale un seul cas de cécité complète par suite d'inflammation aiguë des nerfs optiques. L'auteur en rapporte un cas remarquable par l'apparition quasi foudroyante de la cécité, par l'étiologie, par les phénomènes inflammatoires de la papille observés dès le début, par l'influence curative des injections de pilocarpine et la restitution de la fonction visuelle après quatre semaines de cécité.

Le malade est un homme de trente-huit ans, qui présente d'abord des maux de tête avec scintillements devant l'œil droit, et qui trois jours plus tard, a presque complètement

perdu la vue. Pas de troubles psychiques, parèsthésies diffuses à l'occiput et à la région temporale droite. Mouvements des globes oculaires, et pression sur les yeux douloureux. Ni exophtalmie, ni strabisme, pupilles dilatées, ne réagissant pas à la lumière. Mouvements des doigts en haut et en dehors encore légèrement perçus, incapacité de distinguer les couleurs. A l'ophtalmoscope, névrite optique très accentuée, rappelant l'infiltration papillaire des tumeurs cérébrales. Asymétrie faciale, déviation de la lèvre à gauche, plaques diffuses d'anesthésie, augmentation des réflexes patellaires, pas d'accidents généraux de lésion cérébrale.

Au point de vue étiologique, ni intoxication chronique, ni syphilis, ni tuberculose ; mais violente émotion la veille du début de la maladie, à la nouvelle d'un grave accident survenu au fils du patient. Famille névropathique, deux sœurs hystériques.

Traitement par le salicylate de soude et l'iodure, sans effet ; la cécité au contraire, devient complète. Frictions mercurielles bientôt suspendues en raison de la stomatite. Enfin, on a recours aux injections sous-cutanées de pilocarpine.

On injecte journellement le contenu d'une seringue de Pravaz, d'une solution de 0,20 pour 10 ; à la sixième injection (24^e jour de la maladie), amélioration sensible.

La vue revient partiellement, les pupilles réagissent après la quinzième injection, le malade reconnaît les grandes lettres, compte les doigts à une distance de 0,50 mètres, distingue les couleurs. La mydriase persiste encore quelques semaines, les signes d'inflammation papillaire disparaissent ; sept semaines après le début de l'affection, il existe un scotome central des deux côtés. Examiné par un oculiste, deux ans plus tard, le patient est trouvé complètement guéri.

Le médecin de la famille avait d'abord pensé à une affection hystérique : certains troubles moteurs et sensitifs, le shock psychique qui a précédé les manifestations morbides, pouvaient justifier cette opinion ; mais l'apparition de la mydriase, l'absence de réaction pupillaire aiguillèrent la diagnostic sur une autre voie ; et vu l'absence de toute cause d'infection, et aussi l'absence de signes d'une affection du système nerveux central, on établit par voie d'exclusion le diagnostic de névrite rétro-bulbaire, ou, pour mieux dire, dans l'espèce, de névrite intra-oculaire (*papillitis acuta*). La bilatéralité de la lésion n'est pas pour infirmer ce diagnostic ; la symétrie étant caractéris-

tique de beaucoup d'autres névrites aiguës, non traumatiques.

La cécité durant quatre semaines, a dû être produite par l'exsudat central des nerfs optiques agissant par compression sur la totalité des fibres de cet organe.

Au point de vue étiologique, il est certes difficile de prouver l'action du shock psychique : elle paraît cependant vraisemblable, quand on pense aux effets produits par les émotions vives dans le domaine vaso-moteur (arrêt du cœur, tachycardie, pâleur de la face), sur les phénomènes de la nutrition (phosphaturie, glycosurie), et dans le domaine du système nerveux central (hystérie, chorée, démence paralytique).

Au point de vue thérapeutique, l'heureux effet de la pilocarpine paraît indiscutable. A cette observation, l'auteur rattache l'énumération des inflammations aiguës des nerfs optiques et fait ressortir les particularités qui les caractérisent, et leurs rapports avec d'autres maladies nerveuses, qui les éloignent du type de l'observation ci-dessus rapportée.

Il suffira d'énumérer ces différentes formes, dont l'auteur indique les traits caractéristiques ; ce sont : 1° les névrites optiques rétrobulbaires périphériques ; 2° la névrite optique à récidives ; 3° la névrite optique rétrobulbaire héréditaire et familiale (forme de Leber) ; 4° la névrite optique dans le cours des polynévrites ; 5° la névrite optique dans les tabes dorsalis ; 6° la névrite optique de l'encéphalite aiguë ; 7° la névrite optique de la myélite aiguë et subaiguë ; 8° la névrite optique dans la sclérose multiple ; 9° la névrite optique de la maladie de Gerlier (vertige paralysant), et celle du kubisagori du Japon, proche parente de la précédente.

XI. — *De la dissociation syringomyélique de la sensibilité dans les myélites transversales* ; par le Dr L. Minor, de Moscou (numéro de juin). — Dans le numéro du 13 avril 1898 de la *Semaine médicale*, le professeur Marinesco publie sous le titre de : « Sur les paralysies flasques par compression de la moelle », un travail au sujet duquel l'auteur estime devoir faire une rectification. Marinesco, au sujet d'observations de myélites traumatiques, s'exprime en effet ainsi : « Ces observations m'ont permis, en outre, de relever au cours de la compression deux symptômes qui n'ont pas encore été signalés dans la myélite transverse ; je veux parler de l'existence de la dissociation syringomyélique et du réflexe contra-latéral. » — Or, sept mois avant la publication du travail de Marinesco, l'auteur avait fait à la section neuropathologique du XII^e Con-

grès international de médecine une communication sous le titre de : « Recherches cliniques et anatomiques sur les affections traumatiques de la moelle », communication portant sur huit cas, dans lesquels le phénomène de la dissociation syringomyélique de la sensibilité était signalé. Les faits rapportés par l'auteur étaient dès cette époque publiés par la *Semaine médicale* (n° 44, année 1898), et par le *Neurol. Centralblatt* (1897, p. 868). L'auteur a donc avant Marinesco attiré spécialement l'attention sur le trouble de sensibilité dont il est question.

XII. — *Un cas de tumeur cérébrale avec atrophie de la langue évoluant avec les symptômes du « malum suboccipitale »*; par le Dr Johann Wenhardt (numéro de juin). — Un malade, âgé de trente ans, prédisposé à la tuberculose, présente les symptômes suivants : douleurs rayonnantes à la nuque et à la région sous-occipitale, inclinaison de la tête en avant et à gauche, incurvation de la colonne vertébrale avec concavité à gauche. Le malade se soutient la tête pour se lever ou se coucher. La moitié gauche de la langue est atrophiée, ce qui fait penser à une affection atlanto-occipitale s'étendant au canal de l'hypoglosse. Les mouvements de la tête sont gênés, non-seulement autour de l'axe horizontal, mais aussi autour de l'axe vertical, ce qui fait supposer que la première et la deuxième vertèbre cervicale sont atteintes. En outre, la courbure de la colonne, à gauche, et la lésion du nerf hypoglosse de ce côté, semblent indiquer une destruction de la moitié gauche des vertèbres. L'ensemble de ces symptômes qu'on observe généralement dans les affections basilaires de l'occipital avec lésions des deux premières vertèbres d'une part, la prédisposition à la tuberculose, et une tumeur pharyngienne fluctuante prise pour un abcès par congestion d'autre part, firent diagnostiquer un « malum suboccipitale ou maladie de Rust. »

L'auteur fait remarquer que tous les symptômes appartenant en propre aux tumeurs cérébrales faisant défaut, on n'a pu diagnostiquer cette dernière affection, que l'autopsie seule a révélée. Le diagnostic à l'autopsie est en effet le suivant : Myxochondrosarcome de la base du crâne, né à l'os basilaire, avec compression de l'hémisphère gauche du cervelet, de la moelle allongée et du pont de Varole. Atrophie du nerf hypoglosse gauche et hémiatrophie de la langue. Broncho-pneumonie des deux lobes inférieurs.

XIII. — *Hystérie chez un chat et chez un canari*; par le Dr Higier (numéro de juillet). — Les maladies fonctionnelles,

surtout les névroses, s'observent-elles chez les animaux comme chez l'homme, et l'élément psychique intervient-il dans cette genèse? Les auteurs qui ont écrit sur l'hystérie se sont peu occupés de cette question, et l'on se contente généralement de citer les rares observations de Fletti (1853), d'Olver (1878), de Charcot (1878) et d'Aruch (1889). Dans ces conditions, l'auteur estime que deux observations faites par lui ne seront pas sans intérêt.

La première a rapport à un chat qui, mordu dans le dos par un chien, présente immédiatement de la paraplégie avec anesthésie de tout l'arrière-train. Six semaines après l'accident, l'auteur vit le chat dans ce pitoyable état, et pensait qu'il était atteint d'une myélite traumatique. Une circonstance fortuite lui fit changer son diagnostic. Un matin, en effet, la domestique, pour voir, disait-elle, si le chat retomberait sur ses pattes comme un autre, le jeta par la fenêtre du premier étage. A la grande surprise de la fille, le chat tomba en effet sur ses pattes, se mit à courir et fut guéri de sa paralysie. Le fait qu'il n'avait jamais eu de paralysie des sphincters, et que la paraplégie, de même qu'elle était survenue après une violente émotion, guérit subitement sous l'influence d'une frayeur intense, permet de ne pas douter de la nature hystérique de l'affection.

La deuxième observation concerne un canari, que l'auteur avait dans sa chambre. Un chat saute sur la cage, la fait tomber à terre, mais est chassé avant d'avoir pu faire la moindre blessure à l'oiseau. Néanmoins celui-ci est étendu sans connaissance dans sa cage. Aspergé d'eau il revient à lui, mais reste aphone pendant six semaines. Il reprend, après ce laps de temps, ses joyeux trilles d'une manière tout à fait inattendue. Il n'avait eu aucune lésion organique; la frayeur a été, selon l'auteur, l'agent provocateur de son mutisme ou de son aphonie, qu'il faut mettre sur le compte de l'hystérie.

XIV. — *L'atrophie musculaire dans la sclérose multiple*; par le Dr Brauer (numéro de juillet). — La sclérose multiple revêt les formes les plus diverses; les symptômes principaux peuvent manquer ou se combiner des façons les plus variées, comme l'a déjà fait remarquer Charcot. L'auteur rapporte un cas observé pendant vingt-trois ans à la clinique de Heidelberg, sans que le diagnostic pût être définitivement établi. Était-ce une sclérose latérale amyotrophique de Charcot ou une myélite chronique?

L'autopsie ne confirma aucune de ces hypothèses et révéla

les lésions d'une sclérose multiple. Or, la maladie avait débuté par une atrophie bilatérale des muscles des bras et des mains, sans tremblement intentionnel, sans nystagmus, sans troubles du langage. Des accidents bulbaires passagers, de même que des paresthésies douloureuses, pouvaient s'expliquer par diverses affections médullaires, et rien n'aurait, dans ces conditions, permis de se prononcer sûrement en faveur d'une sclérose multiple.

Les observations publiées montrent, il est vrai, que l'atrophie musculaire n'est pas un symptôme exceptionnel de la sclérose multiple, et Charcot a montré que par sa forme et sa localisation elle rappelle souvent l'évolution de l'atrophie musculaire progressive; mais elle n'apparaît pas dans la sclérose multiple comme symptôme de début; elle ne vient que secondairement se joindre aux autres symptômes. D'autres observations, et notamment celle de Pitres (*Revue mensuelle*, 1877, n° 12), viennent confirmer cette opinion. A ce point de vue, le cas rapporté par l'auteur, affectant dès le début la forme de l'atrophie musculaire progressive, a un caractère nouveau. Cette évolution des symptômes s'explique par les constatations faites à l'autopsie. On ne saurait, en effet, d'après l'auteur, mettre les troubles atrophiques sur le compte des gros foyers scléreux observés. Il convient, au contraire, de les attribuer à de petits foyers observés à côté d'altérations cellulaires, dans des coupes faites dans la partie relativement saine de la moelle, où se trouvent les centres trophiques des muscles de la main. La petite étendue de ces altérations du tissu médullaire explique l'absence, au début, de paralysies spasmodiques des membres inférieurs.

D'autre part, la présence de cellules saines à côté de celles qui étaient altérées explique pourquoi les nerfs périphériques ne présentaient que de légères altérations, et comment les muscles atrophiés restaient capables d'exécuter certains mouvements volontaires.

L'auteur a constaté des troubles circonscrits de la sécrétion sudorale chez sa malade; c'est une particularité qui, dit-il, n'avait pas été signalée.

XV. — *L'artério-sclérose cérébrale*; par le professeur Kowalewsky (numéro d'août). — Pour établir le diagnostic d'une affection organique du cerveau, il importe de fixer d'une part la nature, d'autre part la localisation de la lésion. L'auteur constate que, depuis quelque temps seulement, on s'évertue à

atteindre ce but pour l'artério-sclérose, et il donne un aperçu des idées émises à ce sujet par différents auteurs, notamment par Grasset (Du vertige cardio-vasculaire ou vertige des artério-scléreux, 1890), par Mendel, par Régis (Neurasthénie et artério-sclérose, *Presse médicale*, 1896), par Hutchings, par Lapinski, par Gançon (Vertige des artério-scléreux, 1897), par Beyer, par Narburg et enfin par Arnaud (Diagnostic de la paralysie générale, *Gazette hebdomadaire*, 1897). Il fait suivre cet exposé de trois observations personnelles choisies entre un grand nombre de cas observés par lui. Il résulte de cette étude que les malades présentaient d'une manière constante de la sclérose des artères du fond de l'œil, des artères temporales et de celles des membres supérieurs; de l'agrandissement du ventricule gauche, du renforcement du deuxième ton et du ralentissement du pouls tombé à 40-60 pulsations. Les manifestations symptomatiques furent les suivantes : bourdonnements d'oreilles, vertige plus ou moins constant ou à caractère paroxystique affectant la forme épileptique, perte de connaissance, accès d'anxiété, diminution de l'ouïe, de la vue, insomnie, constipation. Tels ont été les phénomènes constants observés par l'auteur et qu'il considère comme les manifestations appartenant en propre à l'artério-sclérose, et comme causées par le processus pathologique siégeant dans les artères. D'autre part, il y a eu des phénomènes inconstants, se produisant isolément ou simultanément selon les cas, et, en raison de ces circonstances, l'auteur les attribue à la localisation spéciale de la lésion dans l'encéphale. Ces symptômes inconstants sont : l'affaiblissement de l'intelligence, l'embarras de la parole, les attaques apoplectiformes avec parésies consécutives, la sensation d'obnubilation, et l'incertitude de la démarche.

En ce qui concerne le traitement de l'affection, l'auteur cite celui récemment préconisé par Rumpf, et basé sur cette idée que, la cause de la maladie étant constituée par un dépôt de chaux dans les parois vasculaires, il importe de diminuer d'une part l'assimilation des sels calcaires, et d'en augmenter d'autre part l'élimination. Conformément à cette conception, Rumpf condamne le régime lacté comme trop riche en chaux, et recommande un régime dans lequel entrent : la viande, le poisson, le pain, les pommes de terre et les fruits, avec l'eau bouillie ou distillée comme boisson. Il recommande en outre le carbonate de soude à la dose de 10.00, avec acide lactique q. s. pour saturer, et eau distillée 200, dans le but de favoriser

l'élimination des sels calcaires. Il recommande le même traitement dans l'angine de poitrine. L'auteur déclare n'avoir pas retiré du traitement de Rumpf un bénéfice sensible, et avoir eu, au contraire, à se louer de l'administration des iodures.

XVI. — *Troubles nerveux et psychiques chez les ouvriers travaillant le caoutchouc (intoxications par le sulfure de carbone)*; par le Dr Landenheimer (numéro d'août). — C'est au milieu du siècle que furent découvertes à Paris les propriétés que donne au caoutchouc le traitement par le sulfure de carbone; et dès le début des pratiques de « vulcanisation », Delpech observa et publia des cas d'intoxication par le sulfure de carbone. Des dispositions hygiéniques furent prises, et c'est ce qui explique que les cas publiés depuis, sont assez rares. Néanmoins, la grande extension prise par l'industrie du caoutchouc à Leipzig, a permis à l'auteur de réunir en treize ans 50 cas d'intoxication par le sulfure de carbone, dont 25 traités à la clinique psychiatrique de Leipzig. Les accidents psychiques ne sont pas constants, et l'auteur divise d'une manière générale les accidents observés en troubles somatiques, troubles nerveux et troubles psychiques. Les premiers sont représentés par des catarrhes chroniques des muqueuses, des érythèmes, des néphrites, etc.; les seconds par des troubles de la motilité, de la sensibilité, par des symptômes névrosiques (hystérie, hypochondrie), etc.; les troisièmes, enfin, par de véritables accès d'aliénation mentale. Les remarques de l'auteur prouvent que ces psychoses sont incontestablement imputables à l'intoxication par le sulfure de carbone. En effet, non seulement la morbidité au point de vue des psychoses est plus grande chez les ouvriers du caoutchouc que dans n'importe quelle autre corporation, mais encore les ouvriers seuls qui s'occupent à la vulcanisation et qui travaillent dans un local séparé et chargé de vapeurs de sulfure de carbone, sont atteints. Ces ouvriers représentent la cinquième partie seulement de ceux qui sont employés dans cette industrie, c'est-à-dire, pour Leipzig, à peu près 200 sur 1.000.

Il est à remarquer, qu'en 1886-87, sur dix ouvriers occupés à la vulcanisation dans une usine, six furent atteints de psychose. Ces faits éveillèrent l'attention des autorités; des dispositions hygiéniques furent prises, et pendant quatre ans on n'observa plus de cas de folie: il y en eut de nouveau deux en 1891, et deux autres, dans une usine, à la suite d'un dérangement de l'appareil de ventilation. Une partie seulement des

ouvriers étant atteinte, il y a lieu de supposer que la prédisposition individuelle joue un grand rôle; et en effet, 80 p. 100 des malades traités par l'auteur présentaient des tares héréditaires.

L'auteur fait rentrer les malades observés par lui dans trois catégories, d'où trois formes de psychoses :

1° La forme maniaque, avec excitations, hallucinations rares, quelques idées hypocondriaques provoquées par les sensations que produit l'intoxication (goût de soufre). Les signes physiques sont, le tremblement des mains, l'augmentation des réflexes, l'inégalité pupillaire. La terminaison de cette forme a été constamment favorable;

2° La forme dépressive, la plus fréquente, avec hallucinations, anxiété, idées de persécution. Sur 10 cas, 6 seulement ont guéri;

3° La forme stupide, qui se subdivise en aiguë (curable) et en chronique.

Au point de vue du traitement, la principale indication est de favoriser l'élimination du poison; mais ce sont surtout les mesures prophylactiques qui donneront des résultats. Il importerait d'exiger une ventilation puissante des locaux, un isolement rigoureux des ouvriers occupés à la vulcanisation, une réduction des heures de travail, etc.

XVII. — *Paralysie du nerf radial à la suite de crises épileptiques*; par le D^r Adler (numéro d'août). — Différents auteurs ont signalé des paralysies post-paroxysmales dans l'épilepsie, et les ont attribuées à un épuisement du cerveau par la décharge épileptique. L'auteur rapporte deux cas de paralysie du radial à la suite de crises de haut mal, et les interprète conformément aux idées émises par Gerulanos (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*), c'est-à-dire, qu'au lieu de les attribuer à l'épuisement cérébral, il les considère comme provoquées par la compression du nerf sur l'humérus, par suite de contractions excessives et répétées du muscle biceps (triceps, brachii des Allemands), pendant que d'autre part des contractions des muscles de l'avant-bras fixent le nerf radial sur le plan osseux.

XVIII. — *Deux cas de tumeurs cérébrales avec diagnostic précis de la localisation*; par le D^r Bruns (numéro de septembre). — L'auteur publie ces deux observations de tumeurs cérébrales avec diagnostic précis du siège de la lésion, diagnostic confirmé par l'autopsie. Il s'agit, d'une part, d'un sarcome de la région frontale gauche, et, d'autre part, d'un sarcome de la dure-mère, avec destruction de la circonvolution pariétale supérieure.

L'auteur est entré dans des développements tels que son travail tient presque deux numéros du journal ; la lecture en est intéressante au point de vue de la symptomatologie et du diagnostic des tumeurs cérébrales en général ; mais malgré l'intérêt qui s'attache à ce travail, on ne saurait le résumer dans le cadre restreint d'un compte rendu, et je ne puis que le signaler ici.

XIX. — *Forme psychopathique particulière de la rétention d'urine* ; par le D^r Bechterew (numéro de septembre). — L'auteur s'était occupé de cette question, il y a dix ans, mais pour diverses raisons il n'a pas publié son manuscrit. Il s'agit d'un trouble de la miction, consistant spécialement en ce que la miction devient très difficile et même complètement impossible en présence d'une autre personne, alors qu'à l'abri de tout regard, le malade urine sans difficulté. Ces états ont déjà été étudiés par Guyon (Cliniques, 1885. Sur les voies urinaires) ; par Jules Janet, dans un travail sur « Les troubles psychopathiques de la miction — essai de psycho-physiologie normale et pathologique, 1890 » ; et plus récemment par Raymond (Clinique des maladies du système nerveux). Dans ce travail, Raymond dit que la miction est un acte compliqué, présentant par certains côtés, de même que le langage et l'écriture, un caractère psychique.

Il a attiré l'attention sur les rapports de la fonction vésicale avec la sphère psychique, et sur les contractions de la vessie qui accompagnent la plupart des actes psychiques. Il a rappelé à ce sujet le rôle des centres corticaux du sphincter de la vessie et du muscle *detrusor urinæ*, centre localisé par l'auteur, chez le chien, dans le gyrus sigmoideus.

Une observation rapportée par l'auteur concorde complètement avec cette conception de l'acte de la miction. Elle est fournie par un militaire avec tare névropathique héréditaire, qui à l'âge de neuf ans présente de l'incontinence nocturne d'urine, incontinence qui disparaît bientôt. L'enfant prend alors des habitudes d'onanisme ; à l'âge de douze ans, il s'aperçoit qu'il lui est impossible d'uriner sous le regard d'une personne quelconque. A vingt-ans, cystite — guérison de la cystite après deux ans de cathétérisme ; — mais le malade est obligé de se sonder lui-même. Une injection de morphine, l'acte sexuel, lui rendent pour un instant la faculté d'uriner. Enfin sa longue expérience lui a appris qu'il urinait d'autant plus facilement qu'il pensait moins à l'acte de la miction.

Cet acte exige, en effet, le relâchement du sphincter, avec

contraction simultanée du *detrusor urinæ*. Or, la distraction est une condition favorable, sinon nécessaire pour que le relâchement du sphincter se produise. Cela est si vrai, que les personnes qui sont absorbées par les préoccupations que leur donne l'état de leurs organes urinaires, deviennent, du fait de cette préoccupation, incapables à uriner dans des conditions normales. Raymond a vu la rétention complète se produire dans ces conditions. L'auteur n'a pas observé de cas avec rétention complète, et il estime que par les bromures, les bains, etc., on peut obtenir l'amélioration et même la guérison de ces états.

Quant à la pathogénie, il faut la chercher dans l'excitation du sphincter et la dissociation fonctionnelle de ce muscle et du *detrusor urinæ*, résultant de l'irritabilité des centres corticaux de ces muscles, centres que l'auteur a localisés chez le chien, comme il est dit ci-dessus.

XX. — *Pathologie du myxœdème*; par le D^r Muratow (numéro d'octobre). — L'auteur rapporte une observation de myxœdème susceptible de jeter quelque lumière sur la question encore obscure des lésions du système nerveux central dans cette affection. Il s'agit d'un enfant de six ans, ayant présenté dès la naissance tous les symptômes somatiques du myxœdème, ayant toujours été en état d'idiotie, et qui a succombé à une affection pulmonaire. L'autopsie n'a pu être que partielle; on a examiné la langue, le larynx et l'encéphale. Vu la constatation de l'état myxœdémateux dès la naissance, il s'agit d'une affection congénitale. L'auteur résume en ces termes les constatations faites à l'autopsie :

1° Altérations d'origine toxique des cellules de l'écorce cérébrale;

2° Dégénérescence secondaire (arrêt de développement), des systèmes cérébraux et spécialement des fibres arciformes;

3° Absence complète des éléments constitutifs de la glande thyroïde.

L'auteur fait remarquer que ces lésions corticales expliquent les symptômes psychiques graves du myxœdème, et concordent avec les faits expérimentaux de Horsley, qui a constaté que l'excitabilité corticale est diminuée chez les animaux thyroïdec-tomisés.

D'autre part, d'après Horsley, l'activité fonctionnelle de la glande thyroïde commence au sixième ou huitième mois de la vie embryonnaire, époque à laquelle les centres nerveux supé-

rieurs sont en voie d'évolution. L'intoxication, par suite d'absence de glande thyroïde, ne les trouble donc pas seulement dans leur fonctionnement, mais même dans leur développement, et le trouble nutritif des cellules exerce une action défavorable sur les fibres subordonnées à ces centres. Dans ces conditions, les voies d'association souffrent spécialement, et en fait, l'atrophie des fibres d'association était surtout marquée dans le cas relaté.

Ces constatations anatomo-pathologiques expliquent pourquoi, dans le myxœdème, la sphère psychique est plus frappée chez l'enfant que chez l'adulte. L'intelligence ne sera jamais intacte chez l'enfant. Le cerveau ayant subi une dégénérescence, un arrêt de développement, le traitement par le liquide thyroïdien pourra bien combattre la toxicité du sang, mais non rétablir, comme chez l'adulte, une activité psychique normale.

XXI. — *Sur les troubles des échanges intra-organiques dans la neurasthénie* ; par Bechterew (numéro de novembre).— Les névroses générales fonctionnelles et spécialement l'hystérie et la neurasthénie ont été, à tort, considérées comme des affections primaires du système nerveux central ; elles ne sont que des complexus secondaires symptomatiques de troubles d'oxydations dans l'organisme : telle est la conclusion à laquelle est arrivé récemment Biernachi (V. plus haut, page 121), en se basant sur des analyses du sang faites par le procédé de sédimentation. La théorie n'est d'ailleurs pas nouvelle, et l'école de la Salpêtrière l'avait déjà formulée en se basant sur les résultats donnés par les analyses d'urine. Vigouroux (*Neurasthénie et arthritisme*, Paris, 1893), fait déjà de l'hystérie une affection secondaire, et invoque aussi la théorie de l'auto-intoxication comme cause de névroses. D'autres auteurs français, notamment Huchard, ont insisté sur les variations de la composition de l'urine dans la neurasthénie. L'auteur a fait des recherches dans le même sens, et a constaté l'existence de troubles d'oxydation révélés par les analyses d'urine, dans les cas de névrose. Quant à la cause de ces troubles d'oxydation, l'auteur la voit dans la paresse de l'intestin. C'est là qu'il faudrait, d'après lui, chercher la source de la neurasthénie, ce qui d'ailleurs ne saurait exclure d'autres causes productrices de la neurasthénie ; seulement l'auteur les ramène à l'origine intestinale.

Le surmenage intellectuel, par exemple, agirait en accaparant au détriment de la circulation abdominale une partie du

liquide sanguin, et aussi en provoquant des stases hépatiques par la vie sédentaire, qui est généralement une condition de ce genre de surmenage. Quant aux névroses traumatiques, il serait tenté d'admettre que, par voie vaso-motrice, il y a trouble de la circulation des voies digestives.

Il reconnaît, du reste, que l'action de ces divers facteurs a besoin d'être déterminée et prouvée par de nouvelles recherches.

XXII. — *Quels sont les changements survenus dans l'aspect clinique de la paralysie générale progressive durant les dernières périodes décennales ?* par le Dr Mendel (numéro de novembre). — L'auteur constate que la forme clinique de la paralysie générale a changé. En 1829, Calmeil citait la forme mélancolique comme une rareté pathologique, et en 1859 on la trouve presque aussi fréquente que la forme expansive avec idées de grandeur. Lunier a fait la même constatation, et l'auteur, après trente ans de pratique, constate que la forme typique cède progressivement la place à la forme démentielle. Les statistiques faites par lui-même et ensuite par son successeur, sont très significatives à ce point de vue.

D'autre part, les rémissions sont devenues plus fréquentes.

Si la forme de l'affection a changé comme aspect clinique, il faut reconnaître que la maladie elle-même a pris une extension numérique considérable, et qu'elle est surtout devenue plus fréquente chez la femme. En 1859, Neumann déclarait que la paralysie générale n'atteignait que l'homme ; aujourd'hui, il y a une femme paralytique pour quatre hommes.

Un fait encore est souligné par l'auteur : c'est l'existence de la paralysie générale, ou respectivement de cette affection et du tabes chez les époux.

Il a publié 20 cas.

Quant à l'âge des paralytiques généraux, l'auteur est frappé des cas nombreux de paralysie générale précoce qui sont publiés (paralysie générale infantile ou juvénile).

Pour ces cas, il semble incontestable que la syphilis héréditaire joue un rôle étiologique important, et l'auteur espère que l'étude anatomo-pathologique de ces paralysies précoces pourra servir à étudier les rapports qui existent entre les affections syphilitiques du système nerveux et la paralysie générale progressive.

Il ne sera pas difficile, d'après l'auteur, de supputer la cause de l'extension prise par la paralysie générale, si l'on voit des facteurs étiologiques dans la fréquence de la syphilis, dans

l'âpreté de la lutte pour l'existence, dans les ambitions déçues, etc. La prétendue émancipation de la femme, qui se trouve déjà entraînée dans la lutte sociale, ne pourra qu'augmenter encore la fréquence de la paralysie générale féminine.

Il est plus difficile d'entrevoir les causes de la modification qu'a subie dans sa forme clinique la paralysie générale. On ne saurait y voir un effet du traitement antisypilitique antérieurement suivi. L'observation de tous les jours prouve l'inefficacité de cette circonstance sur la marche de la paralysie générale. Il en est de même de l'internement précoce, ou du traitement employé.

Faut-il donc admettre une diminution de résistance du cerveau? Celui-ci, chez des individus dégénérés, ne serait-il plus susceptible de parvenir aux degrés élevés d'exaltation maniaque de la forme typique?

L'auteur se refuse à admettre cette hypothèse, et à accorder une pareille importance à la dégénérescence. Il se demande si le fait qu'il cherche à expliquer, ne relèverait pas d'une atténuation du virus syphilitique; car, dit-il, la syphilis paraît aussi plus clémentaire aux autres organes qu'autrefois. Cette atténuation serait-elle la conséquence du traitement? L'auteur pose la question sans la résoudre.

XXIII.—*L'alcool dans les asiles d'aliénés*; par le D^r Hugo Hoppe (numéro de décembre). — Si l'on veut admettre que l'alcool est dans la vie ordinaire un aliment utile ou indispensable à l'homme normal, peut-on en dire autant pour ce qui concerne les habitants des asiles d'aliénés?

L'auteur répond négativement à cette question, et motive son opinion. Il estime, en effet, que pour plus de la moitié des malades des asiles, l'alcool est nuisible. En effet, d'après ses statistiques, les alcooliques, les épileptiques, les imbéciles, les périodiques forment les 56 centièmes de la population des asiles. Or, pour toutes ces catégories de malades, l'alcool est nuisible, et l'abstinence s'impose. Or, en admettant même que pour les 44 centièmes restants de la population, l'alcool soit inoffensif, on ne saurait prétendre qu'il faut maintenir l'usage de l'alcool dans l'établissement au détriment de la santé de la majorité des pensionnaires. Car c'est une illusion, d'après l'auteur, de croire qu'on peut répartir dans des quartiers spéciaux les malades pour lesquels l'abstinence est indispensable. Il est impossible d'arriver à un classement efficace dans ce sens, et impossible d'empêcher les fraudes, le contact entre les diffé-

rentes parties de la population se rétablissant partout, au chantier, à l'atelier, etc. Il n'y a qu'une manière de supprimer l'alcool, c'est d'en priver tout le monde, les malades aussi bien que le personnel.

Quant à l'action psychothérapique qu'on obtient avec la bière, en la donnant comme récompense aux travailleurs, et en en privant les paresseux, l'auteur ne la conteste pas; mais il prétend qu'il obtient les mêmes résultats en remplaçant la bière par le lait, la limonade, les sirops, les fruits, la charcuterie, etc. L'économie réalisée par la suppression des liqueurs fermentées, permet de distribuer aux malades ces suppléments. Quant aux infirmiers, on leur alloue un supplément de traitement.

Il y a dans le nord de l'Allemagne une partie de la population des asiles qui n'a pas l'habitude de consommer de la bière; n'est-il pas illogique que ces malades puissent prendre cette habitude à l'établissement, alors qu'il est établi, d'autre part, que c'est l'usage des boissons alcooliques qui a amené à l'asile un grand nombre des pensionnaires?

A Londres, le comité des asiles d'aliénés a supprimé en 1890 les brasseries qui fabriquaient la bière dans les asiles et a vendu l'outillage de la fabrication. Les résultats de cette réforme ont été excellents. L'exemple a été suivi à Zurich par Forel, à Heidelberg, et à l'asile d'épileptiques de Berlin. Partout on n'a eu qu'à se féliciter de cette réforme; l'auteur estime qu'elle se généralisera, et qu'il sera démontré que l'usage des boissons alcooliques dans les asiles d'aliénés n'a pas sa raison d'être.

XXIV. — *Accès épileptiques et épileptoïdes sous forme d'états d'angoisse*; par le Dr Bechterew (numéro de décembre). — Des états anxieux sous forme de topophobie, d'anthropophobie, d'astrophobie, etc., s'observent couramment dans la neurasthénie. Des états d'anxiété existent également comme manifestation épileptique; ces derniers sont moins connus. Féré cependant en a publié récemment trois cas. L'auteur a observé des cas nombreux d'anxiété dans l'épilepsie, et est amené aux conclusions suivantes :

1° Les accès d'angoisse ne sont pas rares dans le cours de l'épilepsie;

2° Ils apparaissent comme aura pré-épileptique, ou comme états spéciaux alternant avec les crises d'épilepsie. Dans quelques cas, ils forment le phénomène principal de l'épilepsie, les crises convulsives leur étant comme nombre bien inférieures;

3° Les accès d'angoisse épileptique évoluent habituellement sans perte de connaissance et sans vertige;

4° Ils sont très tenaces et ne guérissent que difficilement ou incomplètement par le traitement antiépileptique;

5° Parfois on les observe aussi dans le cours des attaques épileptiformes de la paralysie générale;

6° Contrairement à ce qu'on observe pour les angoisses neurasthéniques, les états d'angoisse épileptique ne sont pas en connexion avec des conditions extérieures déterminées, telles que la peur de l'espace, du tonnerre, des foules, etc.

D^r AL. ADAM.

BIBLIOGRAPHIE

The seventy first annual Report of James Murray's royal Asylum. Perth (Soixante et onzième rapport annuel de l'asile de James Murray, Perth.). Broch. in-8° Perth, 1898.

Cette brochure contient le rapport médical du surintendant, le D^r Urquhart, et ceux des commissionners in Lunacy, les D^{rs} Sibbald et Fraser, plus les tableaux statistiques habituels.

L'asile de James Murray est, comme je l'ai expliqué dans une notice précédente, un pensionnat pour les malades aisés. Au 1^{er} avril 1897, il renfermait 119 malades; 49 ont été admis dans le cours de l'année, 38 sont sortis et 7 sont morts.

Le nombre des malades volontaires, c'est-à-dire admis sur leur propre demande, tend à s'accroître; il était de 7 à la fin de l'année. Le D^r Urquhart y voit l'indice d'une confiance croissante du public dans les méthodes modernes du traitement des aliénés. Le nombre des malades de cette catégorie augmentera au fur et à mesure que les asiles se rapprocheront davantage, par leurs installations, des conditions de la vie de tout le monde; c'est pourquoi il est partisan du *cottage treatment*, dont Alt.-Scherbitz fournit jusqu'ici le meilleur spécimen.

A. CULLERRE.

Katatoria (Katatonia of Kahlbaum; katatonische Verrücktheit of Schüle); par Frédérick Peterson et Charles H. Langdon. Broch. in-8°. Extrait du *Proceeding of the American medico-psychologica Association*. Baltimore, 1897.

Ce mémoire, lu à l'Assemblée annuelle de l'Association médico-psychologique américaine en 1897, commence par un historique complet de la question de la catatonie.

Puis, vient une description en la forme didactique habituelle de l'affection admise par quelques auteurs sous ce nom : étiologie, anatomie pathologique, symptomatologie, diagnostic, pronostic et traitement; ce qui surprend un peu quand on

observe que les pages consacrées à l'histoire se terminent sur cette réflexion : « Ainsi nous voyons que la catatonie a été tour à tour décrite comme une entité clinique, une variété de mélancolie, une forme de folie circulaire, un type de confusion mentale aiguë, une espèce de folie hystérique, et par un auteur (Schüle) comme une manie stupide. »

Les auteurs présentent ensuite quatre observations personnelles où l'on observe bien, en effet, quelques-uns des symptômes habituels à la catatonie, mais qui n'ont qu'une affinité très lointaine avec le syndrome de Kahlbaum. Ils terminent leur mémoire par les conclusions suivantes :

- 1° La catatonie n'est pas une forme distincte de folie ;
- 2° Ce n'est pas une forme de folie circulaire ;
- 3° C'est simplement un type de mélancolie ;
- 4° Il n'est donc pas désirable de conserver le terme de « catatonie ».

A. CULLERRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Action du hachisch sur les neurones ; par le D^r Charles Binet-Sanglé. 19 pages in-8°. Extrait de la *Revue scientifique* du 2 mars 1901.

— Ueber die künstliche Ernährung abstinierender Geisteskranken (De l'alimentation artificielle des aliénés sitiophobes) ; par le D^r Buchholz, de Marbourg. 13 pages in-8° avec planche. Extrait du *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*. Berlin, s. d.

— Un cas de mérycisme chez un dégénéré ; par le D^r Gilbert Petit. 11 pages in-8°. Extrait des *Archives médicales d'Angers*, 1901.

— Physiologie pathologique de l'attaque d'apoplexie ; par le D^r Ch. Binet-Sanglé. 7 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*. Paris, s. d.

— Essai sur la psychologie du dépeçage criminel ; par le D^r Albert Prieur. 21 pages in-8°. Extrait du *Mercure de France*, 1901.

— Essai d'un nouveau traitement des maladies mentales et de l'épilepsie ; par le D^r L. Catala. Thèse de Toulouse, 1901.

— Ueber Hallucinationen, vorzüglich Gesichts-Hallucinationen, auf der Grundlage von cutan-motorischen Zuständen und

auf derjenigen von vergangenen Gesichts-Eindrücken (Des hallucinations, principalement des hallucinations de la vue, sur le fondement des états cutanés moteurs et sur ceux d'impressions visuelles passagères); par le D^r J. Mourly Vold, professeur de philosophie à l'Université de Christiania. 32 pages in-8°. Extrait du *Zeitschrift für Psychiatrie*. Tome LVII, s. d.

— Le traitement des aliénés par le repos au lit; par le D^r Adam Wizel. 34 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, janvier et avril 1901.

— *Studii anatomici e sperimentali sulla fisio-patologia della glandola pituitaria (hypophysis cerebri)*; par le D^r Arnaldo Caselli. 229 pages in-8° avec planches. Reggio nell' Emilia, 1900.

— Le personnel secondaire des asiles d'aliénés; par le D^r H. Taguet. Rapport au Congrès annuel des aliénistes et neurologistes. Session de Limoges 1901. 17 pages in-8°. Limoges, 1901.

— Les établissements pour le traitement des maladies mentales et des affections nerveuses des Pays-Bas, des colonies néerlandaises et de la Belgique en 1900, avec une carte géographique coloriée; par le D^r A.-H. Andel. 93 pages in-8°. Leiden, von Doesburgh, 1901.

— Du droit à l'assistance; par le D^r Albert Regnard. 14 pages in-8°. Paris, 1901.

— Un idiota microcefalo; par le D^r Antonio d'Ormea, premier assistant du manicomio provincial de Ferrare. 12 pages in-4° avec planche. Bologna, 1901.

— Chirurgie des aliénés. Recueil de travaux, publiés sous la direction des D^{rs} Lucien Picqué et Jules Dagonet. Tome I, Année 1901. 1 vol. in-8° de 366 pages. Paris, Masson et C^{ie}, 1901.

— Fiftieth annual Report of the State lunatic hospital at Harrisburg, Penn., for the year ending september 30, 1900 (Cinquantième rapport annuel sur l'asile d'aliénés d'Etat de Harrisburg, Penn., pour l'année finissant le 30 septembre 1900). 78 pages in-8° avec planches. Harrisburg, 1901.

— Un caso di doppio suicidio trasformatosi in omicidio mancato suicidio; par le D^r Ruggero Tambroni, directeur du manicomio de Ferrare. 13 pages in-8°. Ferrare, 1901.

— Traitement des tics. Traitement par l'immobilisation des mouvements et les mouvements d'immobilisation (méthode de Brissaud); par Henry Meige et E. Feindel. 23 pages in-12. Extrait de la *Presse médicale*, mars 1901.

ASSOCIATION MUTUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 29 avril 1901.

Présidence de M. CHRISTIAN, vice-président.

L'assemblée s'est tenue à trois heures du soir, rue de Seine, 12.

M. Meuriot, président, s'est excusé par lettre de ne pouvoir assister à la séance pour cause d'indisposition.

Absents et excusés par lettres : MM. Croustel, Gilson, Meilhon.

M. Doutrebente fait un rapport verbal sur les comptes du trésorier et déclare qu'après examen les comptes ont été reconnus exacts.

L'assemblée approuve les comptes pour l'année 1900, et vote des remerciements à M. Mitivié, trésorier.

M. le Président donne la parole à M. Giraud, secrétaire, pour la lecture du rapport annuel.

Rapport du secrétaire.

MESSIEURS,

Votre secrétaire est chargé, pour obéir aux statuts, de vous présenter un rapport sur la situation de notre Association, et j'ai à vous lire aujourd'hui le trente-cinquième rapport annuel. L'œuvre fondée en 1865 par Baillarger et ses confrères, les premiers membres du Conseil de l'Association, continue de venir au secours des infortunes qui se révèlent dans le groupe restreint des médecins aliénistes. Parfois la maladie force l'un de nous à renoncer à son service et, si ce confrère n'a pas de fortune personnelle, il faut lui venir en aide, à lui, et aux membres de sa famille qu'il faisait vivre.

Le plus souvent, c'est une mort prématurée qui crée l'infortune et nous n'avons que trop fréquemment à venir au secours de veuves ou de jeunes enfants restant avec des ressources insuffisantes. Notre Association est une œuvre de solidarité et de bonne confraternité. Les secours sont donnés avec promptitude et avec discrétion par le bureau, sous le contrôle du Conseil d'administration; la seule condition pour avoir droit au secours en cas d'infortune est de faire partie de l'Association, soit comme membre fondateur, soit comme membre sociétaire. La distinction qui existe entre les membres fondateurs et les membres sociétaires est que les premiers paient une cotisation annuelle minimum de 25 francs, et les seconds seulement de 10 francs.

La plupart des jeunes médecins aliénistes entrent dans l'Association comme sociétaires, avec cette cotisation relativement minime de 10 francs; mais nous avons à faire un pressant appel à ceux de nos membres qui, devenus chefs de service, avec un traitement naturellement plus élevé, peuvent, sans s'imposer une charge trop lourde, échanger leur titre de sociétaire contre celui de fondateur.

Nous avons de grosses misères à soulager et nous sommes obligés de mesurer l'importance des secours dont nous disposons. Un petit supplément de recettes sera toujours le bienvenu.

Depuis la dernière assemblée générale, nous avons à ajouter un nom à la liste de nos confrères disparus, qui ont été les bienfaiteurs de notre Association.

A Baillarger, Achille Foville, Lunier, Mesnet, Billod, A. Sémelaigne, il faut joindre Bouchereau.

Au mois de janvier dernier, M^{me} et M^{lle} Bouchereau ont fait remettre au trésorier, en souvenir de notre regretté confrère, un don de 5.000 francs, pour perpétuer sa cotisation.

Cette somme ne peut pas figurer dans les comptes du trésorier pour l'année 1900, puisqu'elle a été reçue en 1901; mais je n'ai pas cru devoir remettre à l'année prochaine les remerciements que nous adressons à nos généreuses donatrices, et le souvenir ému que ce don permet d'invoquer de notre ami Bouchereau.

Depuis la précédente assemblée générale, la mort nous a enlevé quatre membres : deux membres fondateurs, Henry Bonnet et Viret; deux membres sociétaires, Georges Aubry et Legruel.

Henry Bonnet est décédé à Saint-Servan le 16 octobre 1900, dans sa soixante-douzième année. Né à Coutances en 1828, reçu docteur à Paris en 1857, Henry Bonnet avait d'abord été attiré par les études de chimie biologique et avait eu pour

maître Claude Bernard dont l'enseignement au Collège de France avait un si grand attrait. Il fut en 1859 nommé médecin-adjoint de l'asile de Fains, et, depuis cette époque, se consacra exclusivement à l'étude de l'aliénation mentale. Médecin en chef à Maréville en 1863, il publia en 1866 son gros volume intitulé : « L'aliéné devant lui-même, l'appréciation légale, la législation, les systèmes, la société et la famille » ; puis il s'attacha à l'étude de l'anatomie pathologique et de la pathogénie de la paralysie générale. Il avait pour collaborateur dans ce travail Poincaré, de Nancy. Nommé en 1868 directeur-médecin de l'asile de la Roche-Gandon (Mayenne), il trouvait un établissement présentant de grosses déficiences au point de vue de l'installation matérielle, et dans les douze ans qu'il y passa, il y apporta de réelles améliorations. Il a publié, tant à la Roche-Gandon qu'à Châlons, de volumineux rapports sur le service dont il était chargé, et il a fait à Châlons, en collaboration avec son secrétaire, l'histoire de l'asile. Il était à la retraite depuis 1888, et a vécu très retiré à Saint-Malo et Saint-Servan, à partir de cette époque, sans se désintéresser toutefois des questions de médecine mentale, et en continuant à envoyer de temps en temps des articles aux *Annales médico-psychologiques*. Il avait toujours eu une grande vivacité d'esprit, et on peut s'en rendre compte en voyant l'ardeur avec laquelle il avait soutenu une polémique avec Morel à l'occasion de l'état mental de Janson. Il était entré dans notre Association dès l'année 1867 comme membre fondateur.

Viret était, lui aussi, un des anciens de l'Association. Entré en 1865 comme membre sociétaire, il avait, en 1888, échangé son titre de sociétaire contre celui de fondateur. Né à Rouen en 1823, Viret ne se fit recevoir docteur qu'assez tard, en 1858, après avoir été successivement interne à Saint-Yon, à Charenton et à Blois. Il fut nommé médecin-adjoint à l'asile de Quatre-Mares, et, quelques mois après, en 1859, il fut nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Lizier. Il devint en 1866, directeur-médecin de l'asile d'Auch, et deux ans après, en 1868 directeur-médecin de l'asile de Prémontré, où il devait rester jusqu'en 1891, époque à laquelle il prit sa retraite, après avoir été fait chevalier de la Légion d'honneur. Viret a peu écrit, et il était resté tout particulièrement attaché à l'asile de Prémontré, auprès duquel il était resté fixé après avoir pris sa retraite. Ses obsèques ont même eu lieu à la chapelle de l'asile.

Georges Aubry a une histoire beaucoup plus courte. Ancien interne à l'asile du Mans, il fut nommé médecin-adjoint de l'asile d'Armentières le 5 janvier 1888. Il entra dans l'Association comme membre sociétaire en 1891. Trois ans plus tard, la maladie le forçait d'abandonner son service et il fut remplacé

en 1894. Il a terminé son existence à l'hospice de Rozières, aux Salines, où il était soigné depuis plusieurs années.

Nous ne voyons jamais sans tristesse un confrère enlevé ainsi au début de sa carrière.

Legruel faisait partie de l'Association depuis l'année 1886. Il était médecin en chef de l'asile de Pont-l'Abbé-Picauville et a été enlevé le 2 mai 1900 après une courte maladie. Je dois à l'obligeance de M. le Dr Viel les éléments d'une brève notice sur notre confrère décédé. Legruel était né à Agen le 7 mars 1827. Il fit de brillantes études au lycée de Coutances, alla faire sa médecine à Paris, et vint se fixer à Pont-l'Abbé en 1852. C'est à cette époque que l'asile d'aliénés de Bon-Sauveur fut fondé, et Legruel en fut le premier médecin. Il est resté à la tête de ce service pendant quarante-huit ans, et il y a été très apprécié. Il fut à une certaine époque de sa vie conseiller municipal et maire de Picauville, puis conseiller d'arrondissement. Sa belle conduite en 1870 lui valut la décoration de la Légion d'honneur qui lui fut décernée quelques années plus tard.

Il se retira de la vie publique dans les dernières années et ne conserva, en dehors de son service à l'asile, que les fonctions de délégué cantonal et de membre du bureau de bienfaisance. Il faisait partie de la Société de médecine de l'arrondissement de Valognes, dont le plus grand nombre des membres tint à assister aux obsèques de leur collègue décédé, marquant ainsi l'estime et la sympathie que celui-ci avait acquise parmi eux.

Nous avons perdu un membre sociétaire par démission, M. Fouriaux, de Clermont-Ferrand, qui cesse d'être médecin à l'asile Sainte-Marie. Nous regrettons toujours les démissions ; car nous pourrions dire à ceux qui se séparent ainsi de nous que, s'ils nous quittent, on n'en a pas moins à venir en aide aux malheureux de la corporation.

Nos pertes ont été compensées par de nouvelles adhésions. Nous avons reçu depuis la dernière assemblée générale, comme membres fondateurs : MM. G. Ballet, Conso, Lalanne.

M. Albert Carrier, de Lyon, nous a signalé qu'il avait été rayé par erreur de la liste des membres fondateurs, et a été réintégré sur la liste.

Nous avons reçu comme sociétaire M. Terrade, et vous allez avoir à vous prononcer sur l'admission d'un nouveau membre fondateur, M. Dupré, agrégé de la Faculté de Paris, 47, rue Saint-Georges, à Paris, et de neuf nouveaux sociétaires :

MM. Viel, médecin en chef à Pont-l'Abbé-Picauville ;
Jacquin, médecin-adjoint à Saint-Ylie ;
Levet, — — Bassens ;
Bécue, — — Lafont ;

Pochon,	—	—	Lesvellec;
Papillon,	—	—	Mont-de-Vergues;
Lalanne,	—	—	Maréville;
Truelle,	—	—	Dun-sur-Auron;

Léon Marchand, médecin-adjoint des asiles de la région de Paris.

Enfin, deux membres ont échangé leur titre de sociétaire contre celui de fondateur; ce sont MM. Arnaud et Lallemant; ils ont donné un bon exemple qui, nous l'espérons, sera suivi par un certain nombre de nos anciens sociétaires.

Notre Association va donc compter à la date d'aujourd'hui :

Membres à vie.. . . .	2
— fondateurs	57
— sociétaires.. . . .	90
<hr/>	
Total des membres. .	149

Les asiles souscripteurs sont au nombre de trente et un avec les souscriptions suivantes :

Asile public de Prémontré (Aisne).. . . .	100 fr.
— de Saint-Lizier (Ariège). . . .	50
— d'Aix (Bouches-du-Rhône). . .	50
— de Dijon (Côte-d'Or).	100
— d'Evreux (Eure).	100
— de Quimper (Finistère)	100
— de Toulouse (Haute-Garonne)..	100
— d'Auch (Gers).	100
— de Bordeaux (Gironde).	25
— de Rennes (Ille-et-Vilaine). . .	100
— de Dôle (Jura).	100
— de Blois (Loir-et-Cher)	100
— de Châlons (Marne)	100
— de Saint-Dizier (Haute-Marne).	100
— de La Roche-Gandon (Mayenne)	100
— de Maréville (Meurthe-Moselle).	100
— de Lesvellec (Morbihan). . . .	100
— d'Armentières (Nord)	100
— de Bailleul (Nord).	100
— de Clermont (Oise).	100
— d'Alençon (Orne)	50
— de Saint-Venant (Pas-de-Calais)	100
— de Pau (Basses-Pyrénées).. . .	100
— de Bron (Rhône).	100
— de Bassens (Savoie)	100

—	de Quatre-Mares (Seine-Infér ^{re})	100
—	de Saint-Yon (Seine-Inférieure)	100
—	de Dury-lès-Amiens (Somme).	100
—	de Mont-de-Vergues (Vaucluse)	100
—	d'Auxerre (Yonne).	100
—	de Sainte-Marie de l'Assomption	50

Sur la demande de notre président, M. Meuriot, à M. Monod, le ministre de l'intérieur a continué en 1900 la subvention de 1.500 francs qui nous est accordée depuis des années. Nous en remercions M. le ministre et M. Monod.

J'ai maintenant à vous exposer notre situation financière.

Les recettes de l'année 1900, jointes à l'encaisse au 31 décembre de l'année précédente, se sont élevées à... 19.187 73
ainsi réparties :

En caisse au 31 décembre 1899.	5.993 48
Cotisations.	2.525 »
Subvention ministérielle.	1.500 »
Souscriptions d'asiles.	2.824 10
Intérêts des capitaux.	4.667 40
Intérêts des fonds déposés au Crédit foncier.	22 35
Don de M. Meuriot.	1.600 »
Frais de recouvrements remboursés.	23 05
Boni sur une obligation remboursée (réemploi).	32 35
Total égal.	<u>19.187 73</u>

Les dépenses ont été en 1900 de... 13.538 65
ainsi décomposées :

A quatorze veuves de fondateurs ou sociétaires	7.650 »
A un sociétaire malade..	200 »
A un fondateur en retraite..	200 »
A la femme d'un sociétaire malade..	500 »
A deux fils de sociétaires décédés..	800 »
A la mère d'un sociétaire décédé.	450 »
A deux veuves d'anciens internes d'asile.	500 »
Dépenses au Crédit foncier..	20 35
Achat de 90 francs de rente 3 p. 100..	3.032 »
Frais d'administration (imprimés, recouvrements, timbres et envois de secours).	90 80
Obsèques d'un sociétaire..	95 50
Total.	<u>13.538 65</u>

Restait disponible au 31 décembre... 5.649 08

Total égal aux recettes... 19.187 73

La somme disponible au 31 décembre a permis de distribuer les secours de janvier avant la rentrée des recettes de l'année courante.

Les secours distribués jusqu'à ce jour par l'Association s'élèvent à la somme de 219.819 francs.

Le capital placé, suivant les statuts, augmenté des dons et legs, représente environ 150.625 francs, et se décompose ainsi :

1.217 francs de rente 3 1/2 p. 100.
2.880 francs de rente 3 p. 100.
43 obligations du chemin de fer du Midi.

Les prévisions budgétaires pour l'année 1901 sont les suivantes :

En caisse au 31 décembre 1900	5.649 »
Cotisations	2.525 »
Subvention ministérielle	1.500 »
Souscriptions d'asiles	2.824 »
Intérêts de capitaux	4.700 »
Total	17.198 »

Sur cette somme, conformément aux statuts, on peut disposer d'environ 14.000 francs.

Dans sa dernière séance, au mois de janvier, le Conseil a alloué des secours s'élevant à 4.200 francs, ainsi répartis :

A la mère d'un sociétaire décédé	250 »
A deux fils de sociétaires décédés	400 »
A quatorze veuves de sociétaires ou fondateurs	3.550 »
Total	4.200 »

Il reste donc un solde disponible de 9.800 francs sur lesquels le Conseil vous propose d'accorder un secours de 500 francs à répartir entre deux veuves d'anciens internes d'asiles.

Il resterait alors en caisse 9.200 francs pour subvenir aux nécessités du deuxième semestre, aux éventualités qui peuvent se présenter en cours d'année, et assurer les secours de janvier 1902.

Je ne puis que répéter ce que je vous disais l'année dernière. Vous connaissez le dévouement et la prudence de M. Mitivié. Grâce à lui, et sur ses sages propositions, les sommes dont nous pouvons disposer pour allouer des secours sont réparties de manière à venir en aide à toutes les misères qui nous sont signalées, et en proportionnant autant que possible le secours aux besoins. C'est sur lui que repose la plus lourde tâche dans notre Association et c'est justice de vous le dire.

M. le président remercie le secrétaire de son rapport et met aux voix la proposition d'allouer un secours de 500 francs à deux veuves d'anciens internes d'asiles d'aliénés.

A la suite de l'observation d'un membre, que les secours à des veuves d'anciens internes ne répondent pas aux statuts, parce que ces internes ne faisaient pas partie de l'Association, l'assemblée décide que le secours accordé jusqu'à ce jour à ces deux veuves sera maintenu en mémoire de Baillarger qui l'avait fait allouer ; mais on ne doit pas considérer ce vote comme un précédent à invoquer pour demander un secours en dehors des statuts.

M. Briand fait remarquer que les asiles de la Seine ne figurent pas sur la liste des asiles souscripteurs et, qu'en province, un certain nombre d'asiles manquent également. L'assemblée décide qu'une circulaire sera adressée, à Paris au président du Conseil général et au préfet de la Seine, en province aux directeurs des asiles qui ne figurent pas sur la liste des souscripteurs.

M. le président met aux voix l'admission des nouveaux membres.

Sont admis, comme membre fondateur : M. Dupré.

Comme membres sociétaires : MM. Jacquin, Levet, Bécue, Pochon, Papillon, Lalanne, Truelle, Léon Marchand, Viel.

On procède ensuite au renouvellement des membres sortants du Conseil, conformément à l'article 9 des statuts.

Les membres sortants sont : MM. Brunet, Christian, H. Dagonet, Mitivié, Vallon.

M. H. Dagonet est élu membre honoraire du Conseil.

MM. Brunet, Christian, Mitivié, Vallon sont réélus pour une période de trois ans.

M. Briand est nommé en remplacement de M. Dagonet.

Le Conseil est ainsi composé pour l'année 1901 :

MM. Falret, Febvère, Meuriot, Ritti, Douretente, dont les pouvoirs expireront en 1902.

MM. Paul Garnier, Giraud, Goujon, Motet, René Seme-laigne, dont les pouvoirs expireront en 1903.

MM. Briand, Brunet, Christian, Mitivié, Vallon, dont les pouvoirs expireront en 1904.

L'assemblée renouvelle les pouvoirs du bureau.

Président : M. Meuriot.

Vice-président : M. Christian.

Trésorier : M. Mitivié.

Secrétaire : M. Giraud.

La séance est levée à quatre heures.

Membres à vie.

MM. Christian et Meuriot.

Membres fondateurs.

MM.	MM.	MM.
Arnaud.	Duhamel.	Moreau (de Tours).
Ballet (G.).	Dupré.	Motet.
Belle.	Falret.	Nolé.
Biaute.	Faucher.	Parant.
Binet des Roys.	Febvré.	Péon.
Boubila.	Gallopain.	Petit (Gilbert).
Boudrie.	Garnier (Paul).	Pétrucci.
Briand.	Giraud.	Pierret.
Brunet.	Girma.	Pons.
Carrier.	Goujon.	Régis.
Chaslin.	Grout (Franklin).	Ritti.
Chaussinand.	Homery.	Rousselin.
Conso.	Lalanne.	Saury.
Cortyl (Edmond).	Lallemant.	Semelaigne.
Cortyl (Germain).	Lapointe.	Simon (Max).
Cullerre.	Mabille.	Taguet.
Dagonet (Henri).	Magnan.	Vallon.
Dagonet (Jules).	Marandon de Mont-	Voisin (Jules).
Doursout.	tyel.	
Dubuisson (Paul).	Mitivié.	

Membres sociétaires.

MM.	MM.	MM.
Adam (Aloyse).	Boiteux.	Doutrebente.
Allaman.	Broquère.	Dubourdieu.
Anglade.	Chardon.	Dubuisson (M.).
Antheaume.	Charon.	Dumaz.
Audy.	Charpentier.	Dupain.
Baruk.	Charuel.	Fenayrou.
Bécue.	Chocreaux.	Garnier (Samuel).
Bellat.	Colin.	Gilson.
Belletrud.	Croustel.	Guyot (Aug).
Bessièrès.	Danner.	Hamel.
Bonnet (J.).	Delaporte.	Hospital.
Boissier.	Dericq.	Jacquin.

MM.	MM.	MM.
Joffroy.	Nageotte.	Rousset.
Journiac.	Nicoulau.	Sautenoise.
Lalanne.	Pactet.	Schils.
Larroussinie.	Pain.	Séglas.
Larroque.	Papillon.	Sérieux.
Legrain.	Paris.	Sizaret.
Legras.	Pécharman.	Terrade.
Leroy.	Picard.	Thibaud.
Levet.	Pichenot.	Thivet.
Louis (Léon).	Pilleyre.	Toulouse.
Lwolf.	Planat.	Toy.
Malfilâtre.	Pochon.	Trénel.
Marchand.	Raffégeau.	Truelle.
Marie.	Ramadier.	Védie (Henri).
Martinenq.	Rayneau.	Vernet.
Maupaté.	Rey.	Viallon.
Meilhon.	Rist.	Viel.
Monestier.	Roubinowitch	Vigouroux.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés de mai 1901 : M. le D^r CHARON, directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère), est nommé directeur-médecin de l'asile de Sainte-Catherine d'Yzeure, à Moulins (Allier) ;

M. le D^r NOLÉ, directeur-médecin de l'asile de Sainte-Catherine d'Yzeure, est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban ;

M. le D^r BCITEUX, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), est promu à la 1^{re} classe de son grade (7.000 fr.).

NÉCROLOGIE

D^r MEURIOT. — Nous avons la profonde douleur d'annoncer la mort de notre excellent ami, le D^r Meuriot, décédé le 1^{er} mai 1901, à l'âge de soixante ans.

Meuriot, qui avait été interne des hôpitaux, s'était, une fois docteur, dirigé dans la voie de la médecine mentale, sous la direction de Blanche. D'abord médecin adjoint de l'établissement privé dirigé par ce maître éminent, il en devint plus tard le médecin directeur. Il consacra toute sa vie à ces difficiles et délicates fonctions, et s'y acquit une juste réputation d'aliéniste au sens clinique sûr et aiguisé.

A un savoir très étendu, qui faisait apprécier son commerce, Meuriot ajoutait la plus grande bienveillance et une bonté sans bornes. Il se plaisait surtout à s'agréger aux sociétés qui avaient le bien pour but. L'Association mutuelle des médecins aliénistes le choisit pour son président à la mort de notre regretté collègue Semelaigne, et tous ceux qui suivent assidûment nos réunions savent avec quel dévouement, quel désintéressement, il contribuait à cette œuvre d'une si haute philanthropie.

Les obsèques de notre si regretté collègue eurent lieu le vendredi 3 mai, au milieu d'une affluence considérable de confrères, d'amis, qui venaient rendre un dernier hommage à l'homme de bien qui laissera dans la mémoire de tous ceux qui l'ont connu le meilleur des souvenirs.

De nombreux discours ont été prononcés sur sa tombe ; nous reproduisons les deux suivants, prononcés au nom de la Société médico-psychologique et de l'Association mutuelle des médecins aliénistes.

*Discours de M. le D^r ANT. RITTI, au nom de la Société
médico-psychologique.*

Au nom de la Société médico-psychologique, dont il était membre titulaire depuis 1877, qu'il présida en 1898, j'ai la douloureuse mission d'apporter un dernier, un suprême adieu au collègue distingué que l'implacable mort vient de ravir prématurément à l'estime de ses confrères, à l'affection de sa famille et de ses amis.

Il y a quelques semaines, nous le voyions encore au milieu de nous, échangeant avec ceux qu'il aimait une chaude et cordiale poignée de main ; pour la plupart d'entre nous, ce devait être la dernière. Le mal cruel dont notre ami supportait depuis de longues années les trop fréquentes atteintes avec un rare stoïcisme, s'aggrava tout à coup sous l'influence de complications imprévues ; quelques jours de dures et pénibles souffrances eurent vite raison de sa robuste constitution. Et, aujourd'hui, le deuil est entré dans la maison si hospitalière, faisant un vide immense, apportant avec lui la plus désolante affliction.

Meuriot fit de brillantes études à la Faculté de médecine de Paris. A peine âgé de vingt-trois ans, il fut nommé interne des hôpitaux, au concours, le dix-septième sur trente-cinq. Il faisait partie de cette promotion de 1863, qui compte plusieurs noms chers à notre Compagnie : Bouchereau et Cotard, ces amis regrettés, dont la perte irréparable nous fut si sensible ; puis M. Magnan, l'éminent clinicien, qui présidait nos travaux, l'année dernière, pour la seconde fois.

C'était l'époque où, à la suite des découvertes si suggestives de Claude Bernard, de Germain Sée, d'autres encore, on commença d'appliquer d'une façon systématique la méthode expérimentale à l'étude de l'action physiologique des substances médicamenteuses. Comme un grand nombre de ses contemporains, Meuriot entra dans cette voie nouvelle avec ardeur et non sans succès, ainsi que le prouve la thèse remarquable qu'il soutint en 1868. Ce travail inaugural est intitulé : « De la méthode physiologique en thérapeutique et de ses applications à l'étude de la belladone. » Très apprécié, souvent cité, il fait le plus grand honneur au savoir, à la patience expérimentale, à la sagacité clinique de notre savant collègue.

Une fois docteur, Meuriot chercha sa voie. Il fut tenté d'abord d'entrer dans le journalisme médical, et de bons maîtres en cet art difficile l'y conviaient. Certes, l'étendue et la profondeur de son savoir en médecine, son sens critique aiguisé, le rendaient, plus que tout autre, apte à ce labeur quotidien, souvent pénible, toujours délicat, où, grâce à sa grande probité, il

n'aurait pas manqué de réussir. La bonne fortune d'une rencontre devait en décider autrement et régler définitivement son avenir. Ayant fait la connaissance du D^r Blanche, il sut lui plaire. Notre regretté et vénéré maître, qui se connaissait en hommes, apprécia vivement les qualités intellectuelles et morales de son jeune confrère; il fut heureux de se l'attacher comme médecin-adjoint de sa maison de santé. C'était en 1869.

Désormais, la vie de Meuriot était fixée. Pendant près d'un tiers de siècle, il restera dans cet établissement, s'identifiant en quelque sorte avec lui, y trouvant des occupations conformes à ses goûts de patient et sagace observateur. Car, sous la savante direction de Blanche, il eut tôt fait de se mettre au courant des recherches médico-psychologiques, de connaître jusque dans leurs multiples nuances les nombreuses formes de maladies mentales.

On sait combien délicates sont les fonctions du médecin de maison de santé privée; les difficultés y sont, pour ainsi dire, de tous les instants; elles naissent autant du fait des caprices des malades que des exigences des familles. Meuriot avait le don de les dénouer au gré de tout le monde, grâce à son grand sens pratique, à son jugement prompt et sûr, à son inlassable bonté. Car s'il régnait et gouvernait, c'était surtout et avant tout avec la plus parfaite équité et une bienveillance sans bornes; il s'était ainsi gagné l'affection de tous ceux qui l'entouraient et dont le bonheur était son principal souci.

La bonté était, en effet, la qualité dominante, la qualité maîtresse de notre regretté collègue. Sa devise semble avoir été ce mot de Marivaux : « Dans ce monde, il faut être un peu trop bon pour l'être assez. » Chez lui, la bonté était agissante, parce que vraie et sincère. Cœur d'or, il souffrait des maux d'autrui et s'ingéniait à les adoucir. Aimant à faire le bien, il recherchait volontiers les occasions d'exercer sa bienfaisance. Que d'exemples nous en pourrions citer si nous ne craignons de déplaire à sa mémoire en soulevant le voile discret qui recouvre ses nombreux bienfaits!

Au nom de la Société médico-psychologique, je dis adieu à notre cher collègue, qui fut, pour la plupart d'entre nous, un ami sûr et dévoué. Que l'expression de nos profonds et sincères regrets aille jusqu'à celle qui fut le charme et le soutien de sa vie, à ces enfants qui l'adoraient et qui perdent en lui le meilleur, le plus tendre des pères! Puissent nos témoignage d'estime et d'affection pour le cher disparu apporter un adoucissement à leur immense douleur!

Adieu, cher ami! adieu, Meuriot, adieu!

Discours de M. le D^r J. CHRISTIAN, au nom de l'Association mutuelle des aliénistes.

Il y a quelques jours, c'était lundi dernier, nous tenions notre séance annuelle; Meuriot devait la présider. Malade, il s'excusa. Nous croyions à une indisposition passagère, et ce fut avec une véritable stupeur que deux jours après nous apprenions sa mort. C'est là une de ces cruautés du sort comme nous en voyons trop souvent; il faut nous résigner à voir disparaître ceux mêmes dont l'existence était la plus utile et la plus précieuse.

Meuriot présidait notre Association depuis plus de deux ans, depuis la mort de Semelaigne. Nous l'avions vu à l'œuvre comme membre du conseil, et ce fut d'une voix unanime qu'il fut appelé à la présidence. C'était une lourde tâche, car depuis trente-cinq ans que notre Association a commencé à fonctionner, elle a eu successivement à sa tête des maîtres, dont le nom seul rappelle le rôle éminent qu'ils ont tenu dans notre profession : Baillarger, Blanche, Semelaigne, tels avaient été les prédécesseurs de Meuriot. Certes, si notre Association a rapidement prospéré, si elle a réalisé, peut-être même dépassé, les espérances de ceux qui fondèrent cette œuvre de solidarité, nous savons, nous qui l'avons vue naître et qui la voyons fonctionner, à qui il convient d'en reporter le mérite. Meuriot était l'homme qu'il fallait pour succéder à ces maîtres, à ces bienfaiteurs, et il lui fut d'autant plus aisé de s'inspirer de leurs traditions, qu'il avait été l'élève, et pendant de longues années, le dévoué collaborateur, de l'un d'entre eux, du D^r Blanche. Aussi avait-il compris, comme eux, que la joie suprême, pour celui à qui la fortune a souri, consiste à se souvenir de ceux que le sort n'a pas favorisés. Il ne faillit pas à sa tâche. Avec quel dévouement il s'acquittait de ses fonctions, avec quelle délicatesse il intervenait pour soulager les misères, trop nombreuses, hélas ! et trop cruelles auxquelles nous voulons porter remède, ceux-là le peuvent dire qui l'ont vu à l'œuvre et qui ont partagé ses efforts.

Meuriot laissera un grand vide parmi nous. Mais vraiment, puis-je parler ici de notre douleur, alors que je vois la désolation dans laquelle est plongée sa famille ? C'est elle qu'il faut plaindre, sans même essayer de la consoler, car la perte qu'elle a faite est irréparable.

Pourtant, si quelque chose peut adoucir sa douleur, qu'elle le trouve dans la sympathie profonde dont nous tous qui avons connu celui qu'elle pleure, venons lui apporter le témoignage ému. Qu'elle se console en songeant que le souvenir de Meuriot vivra surtout par les bienfaits qu'il a su répandre autour de lui !

Au nom de l'Association mutuelle des médecins aliénistes, j'adresse un dernier adieu à notre cher et regretté président. Sa vie n'a pas été aussi longue qu'elle aurait dû l'être, mais elle a été bien remplie, et son souvenir ne s'effacera pas.

Adieu, cher président, adieu, Meuriot !

DU DOMICILE DE SECOURS DES ALIÉNÉS.

CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE.

Le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes, a adressé, le 24 mai 1901, la circulaire suivante à MM. les préfets :

« J'ai été frappé des inconvénients considérables qui résultaient parfois pour les finances départementales des réclamations présentées tardivement par un département à un autre en vue du recouvrement des sommes avancées par lui pour le paiement des frais d'entretien des aliénés indigents.

« Trop souvent, l'autorité préfectorale qui avait prescrit l'hospitalisation d'un malade étranger au territoire de son ressort ne s'enquérail du lieu du domicile de secours de cet indigent qu'au jour de son décès ou de sa sortie, par suite de guérison, de l'asile où il avait reçu des soins.

« Alors même que le domicile de secours paraissait établi dès l'époque à laquelle la mesure d'assistance avait été prise, les réclamations de l'asile créancier n'étaient adressées au département de ce domicile qu'à une époque très ultérieure.

« Parfois, un délai de trente années s'est écoulé entre l'hospitalisation dans l'asile d'un département et la réclamation à un autre département de la somme dont cette mesure d'assistance le rendait redevable, cette somme ayant alors grossi d'année en année jusqu'au total considérable de 15 à 20.000 francs.

« Je n'ai pas à insister sur les difficultés résultant, pour une administration préfectorale, de l'obligation d'incorporer, au budget d'un exercice, une charge aussi considérable que celle résultant de l'acquittement du contingent départemental lorsqu'il s'agit d'une pareille somme réclamée en dehors de toutes prévisions. Les difficultés financières sont encore plus grandes et presque insurmontables quand le recouvrement doit avoir lieu sur le contingent communal.

« Mais, cette façon de procéder, souvent suivie, a donné lieu à un autre inconvénient. Le domicile de secours d'un malade, facile à établir, lorsque ce malade, récemment hospitalisé, a quitté depuis peu le lieu de sa résidence habituelle, devient, quelques années plus tard, beaucoup plus difficile à déterminer quand les témoignages se font plus rares et que les traces du séjour déjà ancien du malade dans telle ou telle localité et les

éléments d'appréciation de sa durée ont pour ainsi dire disparu. Dans ce cas, les contestations deviennent beaucoup plus fréquentes et les litiges naissent avec une facilité bien plus grande.

« Je vous invite, en vue de mettre fin à ces inconvénients qui ont préoccupé plusieurs assemblées départementales, à rechercher le domicile de secours de tout aliéné indigent dès l'année qui suivra son internement et à aviser dans le même temps de l'objet de ces recherches, l'autorité départementale du lieu du domicile présumé.

« Vous voudrez bien m'accuser réception des présentes instructions.

« *Pour le Président du Conseil,*
« *Ministre de l'Intérieur et des Cultes :*

« *Le Conseiller d'Etat, secrétaire général,*

« DEMAGNY. »

LA CRÉATION D'ASILES SPÉCIAUX POUR LES ALIÉNÉS CRIMINELS AU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Nous publions plus haut (p. 63) le remarquable rapport présenté par notre distingué collaborateur, M. A. Regnard, au conseil supérieur de l'Assistance publique, sur la question si controversée de la création d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels.

Ce rapport est venu à l'ordre du jour de la séance du conseil du mercredi matin 5 juin; il a provoqué une très intéressante discussion que nous voudrions pouvoir mettre, *in extenso*, sous les yeux de nos lecteurs. A défaut du compte rendu officiel de cette séance, qu'il nous a été impossible de nous procurer, nous donnons — sous réserves, bien entendu — l'analyse qu'en a publiée le *Temps* (numéro du 6 juin 1901).

Après avoir reproduit le texte du projet proposé au conseil (v. plus haut, p. 78), ce journal rend compte de la discussion ainsi qu'il suit :

« M. Regnard, rapporteur, expose l'intérêt de la création de ces asiles.

« M. Ferdinand Dreyfus demande si avant d'étudier ce projet on ne pourrait pas renseigner le conseil sur les projets en préparation au Parlement sur les aliénés.

« M. Cruppi, député, se félicite de la présentation de ce projet. La situation des aliénés criminels ou dits criminels n'a pas encore été réglée par la loi; ils sont promenés de la prison à l'asile et de l'asile à la prison par mesures administratives, alors que dans tous les pays voisins la loi a réglé le sort de ces

individus. La Chambre des députés est saisie de divers projets, depuis bien des années, pour la revision de la loi de 1838.

« Ces projets sont très vastes; ils soulèvent bien des questions, et il est peu probable qu'ils reçoivent une solution prochaine. Le projet actuel du conseil supérieur, qui ne porte que sur un point spécial de l'aliénation mentale, aurait beaucoup plus de chances d'aboutir. Depuis cent ans, il n'y a pas d'homme de science qui ne rougisse, surtout lorsqu'il visite en Angleterre les asiles réservés aux aliénés criminels, de l'état de la question en France. Vraiment nous sommes trop en retard sur le monde civilisé.

« Le conseil applaudit vivement ces paroles.

« M. Puibaraud expose quelle est la jurisprudence de la préfecture de police vis-à-vis des aliénés qu'on qualifie de criminels et qu'on pourrait, avec plus de raison, appeler simplement dangereux. Il appuie d'ailleurs le projet moyennant quelques modifications.

M. Bourneville est opposé au projet. Il croit que la création d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels serait, non un progrès, mais un retour en arrière vers la barbarie. Ce ne sont pas les barreaux et les murs qui empêchent les aliénés de s'échapper, c'est la surveillance. On enfermerait trop facilement dans ces asiles-prisons.

« M. le rapporteur objecte que la question d'humanité doit viser la société plutôt que l'aliéné. Les aliénés assassins sont moins intéressants que leurs victimes (1).

« M. Cruppi insiste et déclare que toutes les garanties seraient prises pour l'internement et que cet internement aurait lieu aussi bien dans l'intérêt du malade que dans l'intérêt de la société. Il faut absolument mettre fin à la situation actuelle et instituer une législation.

« M. Lande, maire de Bordeaux, M. Magnan, directeur de l'asile Sainte-Anne, appuient le projet, ce dernier sous certaines réserves sur les précautions à prendre.

« Après diverses observations de MM. Briand, Duflos et Garnier, le conseil supérieur adopte une proposition de M. Ferdinand Dreyfus exprimant le vœu que la section III du projet préparé par la commission de la Chambre des députés, et

(1) Du reste, aurait ajouté M. Regnard, je ne comprends pas ces accusations singulières; je suis moi-même abolitionniste, ennemi juré de la peine de mort; comme il n'y a pas de responsabilité théorique, absolue, la peine suprême et irréparable ne doit pas exister — pas plus pour les fous moraux que pour les criminels simples.

relatif aux aliénés dits criminels, soit distraite de l'ensemble du projet de loi et votée le plus tôt possible.

« La réforme proposée par M. Cruppi et aussi approuvée par le conseil supérieur, consiste à remettre à l'autorité judiciaire le soin de diriger sur des asiles spéciaux les aliénés relaxés comme irresponsables ou acquittés comme tels par le jury et reconnus comme dangereux après une expertise contradictoire.

« Le conseil supérieur vote ensuite les articles I et II du projet. Les articles III et IV disparaissent par suite de l'adoption du vœu de M. Ferdinand Dreyfus. »

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

50. *Drame dans un presbytère*. — Mardi, à midi, l'abbé Dutartre, curé d'Orain (Côte-d'Or), rentrant à son presbytère, trouva la porte fermée. Il sonna. Personne ne venant pour ouvrir, il appela un voisin, qui franchit la clôture et ouvrit la porte cochère.

Le curé entra et appela sa bonne. Ne recevant aucune réponse, il courut à sa chambre à coucher et trouva, gisant dans une mare de sang, sa bonne, M^{me} veuve Auber, âgée de quarante-huit ans.

L'abbé Dutartre s'empressa de la porter sur son lit et appela les voisins. Ces derniers, pendant que le curé donnait les premiers soins à la blessée, fouillaient le presbytère et trouvaient, pendu dans un grenier, M. François Dutartre père, âgé de soixante-treize ans.

De l'enquête et des déclarations de la victime, il résulte que le père du curé fut pris subitement d'un accès de folie et tomba sans mot dire sur la bonne, occupée à faire la chambre du prêtre. Il lui porta plus de quinze coups de couteau dans la tête, la piétina, lui brisant plusieurs côtes. La malheureuse appela au secours; mais ses cris ne furent pas entendus, et bientôt elle tomba en syncope.

Le fou eut-il, en ce moment, un instant de lucidité, et, voyant le crime abominable qu'il venait de commettre, voulut-il expier sa faute en se donnant la mort? C'est ce que l'enquête n'a pu établir encore.

De l'avis du médecin, les blessures de la victime, quoique très graves, ne mettent pas sa vie en danger. (Le *Temps*, numéro du vendredi 1^{er} mars 1901.)

51. *Tentative d'incendie*. — On lit dans le *Matin* (numéro du dimanche 3 mars 1901) :

M^{me} Antoinette Lion, âgée de quarante-six ans, prise de folie subite, tenta, hier après-midi, de mettre le feu à son

appartement, 6, rue de Longchamp, à Neuilly-sur-Seine. Si les voisins, attirés par la vue de la fumée, qui s'échappait par les fissures de la porte et des fenêtres, n'étaient promptement venus à l'aide, tout le mobilier était consumé et la malheureuse était brûlée vive.

M. Soullière, commissaire de police, prévenu, se transporta au domicile de l'insensée, qui, prise aussitôt d'une tendresse extravagante pour le magistrat, lui déclara qu'elle désirait éperdument l'épouser.

Peu touché de ces offres, M. Soullière envoya M^{me} Lion à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

52. *Suicide*. — Une dame Girard, née Gabrielle Bonnet, âgée de trente-cinq ans, demeurant 159, rue Montmartre, s'est tiré, hier soir, vers sept heures et demie, deux balles de revolver dans la tête, chez sa belle-mère, la dame Girard, 2, rue Cortot. La mort a été instantanée. On attribue cet acte de désespoir au délire de la persécution.

M. Carpin, commissaire de police, a procédé aux constatations et a ouvert une enquête. (*Le Français*, numéro du mardi 5 mars 1901.)

53. *Une étudiante russe à l'infirmerie du Dépôt*. — M. Darboux, doyen de la Faculté des sciences, recevait, il y a quelques jours, une lettre singulière. Une étudiante, M^{lle} Dorogomilof, se plaignait vivement à lui des « manœuvres hypnotiques » que pratiquaient sur elle, à distance, deux professeurs de la Faculté, MM. B... et M... Ces manœuvres, affirmait-elle, l'empêchaient de continuer ses études, la troublant de corps et d'esprit, ne lui laissant aucun repos, ni le jour ni la nuit. En terminant, l'étudiante sommait le doyen de lui rendre « l'inviolabilité de sa personne morale, et le bonheur de vivre normalement par son psychique ».

Peu après, M. Durand, secrétaire de l'Académie de Paris, recevait la visite de M^{lle} Dorogomilof, qui réitéra ses plaintes violentes contre MM. B... et M..., qui, « par leur action hypnotique, empêchaient la nuit son cœur de battre », et réclama que des mesures administratives fussent prises contre ses tyrans. Dans une deuxième visite, elle se montra très agitée; elle entra dans les détails de l'action hypnotique qu'on lui faisait subir à distance, parla d'attentats à la pudeur et prit une attitude menaçante.

Le secrétaire ne put mettre fin à cette visite qu'en promettant à l'étudiante une intervention du doyen. Mais, comme le docteur R..., professeur à la Faculté de médecine, et M. L..., maître de conférences à la Faculté des sciences, lequel connaissait M^{lle} Dorogomilof, estimaient qu'elle était véritablement aliénée et pouvait, à bref délai, devenir dangereuse, l'autorité

administrative crut de son devoir, pour prévenir un scandale possible, d'aviser M. Rieux, commissaire de police du quartier de la Sorbonne.

Le magistrat convoquait hier, après-midi, dans son bureau, M^{lle} Dorogomilof.

Il fut très embarrassé. Cette demoiselle parlait de choses et d'autres avec beaucoup de raison ; ce n'était que lorsqu'elle abordait le cas de « l'action hypnotique » de MM. B... et M... qu'elle perdait visiblement la tête. Elle répéta une fois de plus les faits dont elle s'était plainte auprès de M. Darboux et de M. Durand ; elle déclara au magistrat que les professeurs avaient déjà amené par leurs manœuvres la mort de son ventricule gauche.

M. Rieux, après cet interrogatoire et sur la vue de plusieurs témoignages affirmant l'aliénation mentale de M^{lle} Dorogomilof, garda celle-ci à sa disposition. Ce matin, il l'a fait accompagner à l'infirmerie spéciale du Dépôt, aux fins d'examen.

M^{lle} Dorogomilof est âgée de trente-huit ans. Elle est née à Tscherepovetz (Russie). Elle a étudié en vue de la licence à Caen, puis à Paris. Elle habitait à Clamart, rue de Meudon, et étudiait les sciences naturelles et les lettres. (Le *Temps*, numéro du mercredi 6 mars 1901.)

54. *Folie furieuse*. — M^{me} Long, marchande de vin, 31, rue de l'Entrepôt, voyait, hier matin, entrer dans son établissement un individu vêtu comme un ouvrier, qui se fit servir une consommation et se mit à tenir des propos extravagants.

M^{me} Long le pria de se calmer, et ses observations eurent pour effet d'exaspérer davantage le client, qui s'empara d'une chaise et en menaça tous ceux qui étaient attablés dans le débit.

On voulut le faire sortir ; mais le forcené, dont la rage était à son paroxysme, se mit à briser les tables et les chaises, et il ne fallut pas moins de quatre gardiens de la paix pour le maîtriser.

Le malheureux, que l'abus des boissons alcooliques a rendu fou, a été conduit chez M. Durand, commissaire de police, qui l'a fait diriger sur l'infirmerie spéciale.

C'est un nommé Eugène Aumet, âgé de cinquante ans, monteur en bronze, demeurant 9, rue Pelée. (Le *Français*, numéro du mercredi 6 mars 1901.)

55. *Actes de violence*. — On lit dans le *Français* (numéro du jeudi 7 mars 1901) :

Un ouvrier menuisier nommé Louis Maillard, âgé de trente-huit ans, demeurant en garni rue Philippe-de-Girard, donnait depuis plusieurs jours des signes manifestes de déséquilibre-

ment cérébral. Hier après-midi, pris d'une nouvelle crise terrible, le malheureux se mit à tout briser dans sa chambre. Son logeur, M. Pelletier, étant monté afin d'essayer de le calmer, fut pris à partie par le forcené, qui le saisit à bras-le-corps et chercha à le jeter par la fenêtre.

Il n'a pas fallu moins de six gardiens de la paix du poste de la rue Philippe-de-Girard pour s'emparer du pauvre insensé, que M. Pontailler, commissaire de police du quartier de la Chapelle, a fait diriger sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

56. *Par la fenêtre.* — Dans l'après-midi d'hier, une fille Eugénie Mandra, âgée de quarante-deux ans, cuisinière, au service de M^{me} la baronne Pierard, dont l'hôtel est situé au numéro 20 de la rue d'Athènes, était venue rendre visite à son frère, employé de commerce, habitant, 60, rue Bayen, dans le quartier des Ternes.

Depuis quelque temps, à la suite d'un vol de 300.000 francs de bijoux commis chez sa maîtresse, Eugénie Mandra donnait des signes d'aliénation mentale; après avoir conversé quelque temps avec son frère, elle ouvrit tout à coup la fenêtre de la chambre, située au troisième étage, et se précipita dans le vide avant qu'on ait pu l'en empêcher; elle vint s'abîmer sur le trottoir, d'une hauteur de dix mètres environ.

On s'empressa autour de la malheureuse, qui gisait dans une mare de sang, le crâne ouvert et le bassin fracturé.

M. Chapel, commissaire de police, immédiatement prévenu, fit transporter la désespérée à l'hôpital Beaujon, où elle fut admise d'urgence.

Le magistrat s'est rendu dans la soirée à l'hôpital dans le but d'interroger la blessée. Mais celle-ci n'avait pas repris connaissance et il fallut surseoir à cette formalité. (Le *Français*, numéro du vendredi 8 mars 1901.)

57. *Un mari alcoolique.* — On écrit de Troyes au *Petit Parisien* (numéro du samedi 9 mars 1901) :

« Un drame sanglant a jeté, la nuit dernière, vers minuit, l'émoi parmi les petits industriels installés sur le mail du lycée.

« Le propriétaire d'une de ces baraques foraines où se débitent des pommes de terre frites, Adolphe Douine, âgé de cinquante-trois ans, a, dans un accès de folie alcoolique, tenté de tuer sa femme.

« C'est pendant que celle-ci était couchée que Douine, saisissant un couteau de boucher, lui en porta un coup furieux.

« La lame, traversant les couvertures et les draps, fit à la malheureuse une profonde blessure à la cuisse droite.

« Aux cris poussés par celle-ci, le personnel de l'établissement accourut et prévint la police.

« Le commissaire se rendit sur les lieux et interrogea Douine, pendant qu'un médecin donnait ses premiers soins à la victime.

« Le meurtrier était dans un état de surexcitation extrême et tenait les propos les plus incohérents. On a dû lui passer la camisole de force pour l'emmener à l'hôpital.

« Douine a déjà été interné deux fois dans une maison de santé à Châlons-sur-Marne. »

58. *Un drame à Fontenay-aux-Roses.* — Une scène tragique, dont les suites encore inconnues pourraient finir en un sombre drame, s'est déroulée, dans la nuit de vendredi à samedi, chez les époux Brétillon, qui habitent rue de Sceaux, à Fontenay-aux-Roses.

Depuis quelque temps, M. Henri Brétillon, marié depuis sept ans à la fille d'un officier supérieur qui tient actuellement garnison en Algérie, donnait des signes inquiétants de dérangement cérébral. Ses amis, sa femme surtout, se montraient très inquiets et redoutaient ces crises, intermittentes, il est vrai, mais qui présentaient un réel danger pour ses jeunes enfants : deux garçons âgés de six et cinq ans.

Après avoir passé avec sa femme la journée de vendredi à Paris, tous deux rentrèrent à Fontenay pour le dîner. Après le repas, M. Brétillon, sous un prétexte quelconque, chercha querelle à sa femme. Comme elle ne répondait pas à ses injures, il se rua sur elle dans un accès de véritable folie, la frappant à coups de pied et de poing, lui comprimant la poitrine avec son genou, lui donna l'ordre de répondre et de se taire tout à la fois.

Cette horrible scène se prolongea une partie de la nuit. Enfin, la malheureuse parvint à se dégager, enveloppa dans une couverture un bébé qu'elle nourrit et s'enfuit chez une amie.

Hier matin, à neuf heures, elle faisait le récit de sa triste aventure à M. Simard, commissaire de police, qui, aussitôt, se rendit au domicile de M. Brétillon. Mais lorsqu'il pénétra dans l'appartement, dont tous les meubles étaient brisés, le fou avait disparu, emmenant avec lui ses deux enfants.

Aucune indication utile n'a été recueillie sur la direction qu'il a prise, car il a dû partir vers quatre heures du matin, sans être vu de personne.

De nombreux agents ont été lancés dans toutes les directions, à la poursuite de cet inconscient et de ses deux enfants. On craint qu'un malheur ne soit arrivé. (*Le Matin*, numéro du dimanche 10 mars 1901.)

59. *Un fou carbonisé.* — Le feu se déclarait ce matin, vers dix heures, dans un logement situé au deuxième étage, 26, passage Prévost, occupé par un sieur Eugène Perro, âgé de trente-

neuf ans, de nationalité italienne, exerçant le métier de peausier, qui, à plusieurs reprises, avait donné des signes d'aliénation mentale et dont la monomanie incendiaire s'était manifestée déjà, en allumant des foyers soit dans sa chambre, soit dans les différents endroits où il se trouvait.

En voyant de la fumée s'échapper de toutes les issues du logement, les voisins, effrayés, donnèrent aussitôt l'alarme, et, en attendant l'arrivée des pompiers de la caserne de Port-Royal, essayèrent, mais en vain, d'enfoncer la porte.

Pour pénétrer chez l'aliéné, les sapeurs durent dresser une échelle contre la muraille, briser un carreau et escalader la fenêtre. Un tourbillon de fumée s'échappa aussitôt, aveuglant les courageux sauveteurs qui, néanmoins, se portèrent au secours de l'infortuné locataire.

Mais il était trop tard. Etendu sur le lit, dont une partie barricadait la porte avec plusieurs autres meubles, le corps du pauvre fou était déjà à moitié carbonisé.

Sous le lit, de nombreux chiffons imbibés de pétrole avaient été entassés, communiquant le feu à la pailleasse et au matelas, lesquels étaient entièrement consumés.

Après une heure de travail, les pompiers étaient maîtres de l'incendie et tout danger pour les logements voisins était écarté. (*Le Français*, numéro du mardi 13 mars 1901.)

60. *Drame de la folie*. — Sous ce titre, le *Journal* (numéro du samedi 23 mars 1901) publie le fait suivant, dont le récit lui est envoyé de Lamalou-les-Bains :

Un jeune homme du village de Colombières-sur-Orb, pris d'un accès subit de folie furieuse, tira plusieurs coups de revolver sur des passants, blessant grièvement une femme de la localité. Le maire manda aussitôt la gendarmerie. On usa cependant de prudence pour arrêter ce fou furieux, et cette arrestation ne fut pas sans difficultés. On vint pourtant à bout de lui et, solidement garrotté, il fut amené à la gare par trois hommes vigoureux qui avaient mission de le conduire à l'asile de Saint-Pons.

Sur le quai de la gare, le malheureux dément demanda à manger. On crut sa crise calmée, et on lui délia les mains ; mais aussitôt, il sortit un rasoir de sa poche et en porta un terrible coup à la tête de l'un des hommes qui l'accompagnaient. Les deux autres se portèrent au secours de leur collègue ; mais l'un d'eux fut encore mis dans un état pitoyable par le fou, brandissant toujours son rasoir ensanglanté.

On juge de la panique dont furent pris les témoins de ce drame épouvantable.

Le troisième gardien, armé d'un fusil, tira à bout portant sur le fou, qui s'abattit.

L'un des blessés a été transporté à l'hôpital de Bédarieux. Son état serait grave.

On s'accorde à dire que le dément était alcoolique.

61. *Suicide*. — Jeudi dernier, la femme Luzeau, née Louise Leclère, âgée de trente-huit ans, demeurant au hameau des Méris, commune de Dampierre-sous-Bouhy, s'est pendue à un arbre dans le bois dit « Bois-Jolivot », à environ 500 mètres de son habitation.

Depuis le mois d'octobre dernier, cette femme ne jouissait plus de ses facultés mentales.

Son cadavre a été découvert environ deux heures après son départ de la maison. (*La Tribune de la Nièvre*, numéro du dimanche 24 mars 1901.)

62. *Infanticide*. — On lit dans le *Temps* (numéro du 24 mars 1901) :

« La femme d'un conducteur d'omnibus a, ce matin, dans un accès d'aliénation mentale, jeté son enfant par la fenêtre de l'appartement qu'elle occupe au cinquième étage, dans une maison de la rue Duban, à Passy.

« Le malheureux enfant, qui n'était âgé que de quelques mois, a été tué sur le coup. »

63. *La folie contagieuse*. — M. Labat, commissaire de police, a fait conduire hier à l'infirmerie spéciale du Dépôt les époux Chardon, demeurant 8, rue de Chabonais, atteints tous deux du délire de la persécution.

Il y a six mois, M^{me} Chardon fut subitement envahie par des troubles cérébraux ; elle voyait des ennemis partout. Pour calmer ses continuelles frayeurs, son mari dut, sur ses instances, acheter des armes et dormir le revolver au poing et les fenêtres ouvertes.

A ce régime, le pauvre homme vit peu à peu la raison l'abandonner lui-même, et il devint aussi fou que sa femme.

Hier matin, alors qu'ils étaient encore au lit, un rat fit quelque bruit dans la chambre des époux Chardon. Il n'en fallut pas davantage pour les persuader qu'ils étaient assaillis par une bande de malfaiteurs. Ils se mirent à appeler de toutes les forces de leurs poumons : « Au secours ! A l'assassin ! »

Leurs voisins accoururent. Les malheureux ne se calmèrent qu'à la vue des gardiens de la paix.

Pour emmener ces pauvres gens à l'infirmerie du Dépôt, il a fallu leur répéter que, seul, M. Cochefert, chef de la sûreté, pouvait les débarrasser de leurs ennemis. (*Le Figaro*, numéro du dimanche 31 mars 1901.)

64. *Triplic homicide et suicide*. — On lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 3 avril 1901) :

« M^{me} de Tungeln, fille du célèbre historien Treitschke, ma-

riée à un chef d'escadrons du 16^e régiment de dragons, en garnison à Lunebourg, dans un accès de fièvre chaude a empoisonné ses trois fillettes, âgées de trois, cinq et sept ans, et s'est tuée ensuite. »

65. *Tentative de parricide*. — On lit dans la *Lanterne* (numéro du jeudi 11 avril 1901) :

Un individu correctement vêtu entra, hier soir, à six heures, dans une épicerie de la rue des Maronites et disait au garçon :

— Vous allez me faire une omelette !...

Surpris, le garçon répondit qu'une épicerie n'était pas un restaurant.

Cette réponse exaspéra l'individu.

— Ah ! vous ne voulez pas me faire une omelette ! s'écriait-il. Eh bien ! moi, je vais en faire une.

Avant qu'on pût l'en empêcher, il courut à un panier, placé à l'étalage et rempli d'œufs, qu'il se mit à lancer dans toutes les directions, atteignant de nombreux passants. Quand le panier fut vide, ce fut le tour des choux, des salades, des pommes de terre, etc.

Les gardiens de la paix durent engager avec le pauvre déséquilibré une véritable lutte pour le maîtriser. Ils le conduisirent devant M. Girard, commissaire de police, à qui il déclara se nommer Pierre Bellair, âgé de vingt-neuf ans, cartonniér, demeurant 31, rue des Maronites.

Ce malheureux était devenu subitement fou furieux, à midi, en déjeunant avec sa mère, qui est âgée de soixante-deux ans. Se levant brusquement de table, il s'était jeté sur la malheureuse et avait tenté de l'étrangler.

Puis, comme elle se débattait et appelait au secours, il avait pris la fuite.

M. Girard l'a envoyé à l'infirmerie du Dépôt.

66. *Fureur homicide*. — On lit dans l'*Écho de Paris* (numéro du vendredi 12 avril 1901) :

« Un ébéniste, Louis Nicolle, âgé de vingt-neuf ans, demeurant 4, rue Sidi-Brahim, alcoolique invétéré, n'était pas rentré chez lui depuis quatre jours. Rencontrant sa femme avenue Daumesnil, à hauteur de la gare de Reuilly, il se jeta sur elle, la terrassait et la frappait avec rage, quand un agent accourut et engagea une lutte terrible avec le forcené.

« M^{me} Nicolle, qui avait le visage ensanglanté, essaya de fuir ; mais l'alcoolique, en se débattant, renversa l'agent ; arrachant l'armature d'un arbre, il en asséna un coup formidable sur la tête de la malheureuse femme, qui s'affaissa sans connaissance. Il allait encore frapper l'infortunée quand l'agent le ressaisit. A ce moment, d'autres gardiens de la paix étaient

accourus. Malgré sa résistance, il fut maîtrisé et conduit chez M. Boutineau, commissaire de police, qui l'a dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

« M^{me} Nicolle, dont l'état est grave, a été, sur sa demande, reconduite à son domicile. »

67. *Un acte de folie.* — Au numéro 31 de la rue Cler, habitaient les époux Frédéric André. Le ménage était très uni. Le mari était occupé la nuit dans un cercle des grands boulevards et la femme travaillait à la manufacture de tabac. M^{me} André, qui n'avait pas d'enfant, avait adopté la fillette d'une de ses amies décédée. Hier soir, vers six heures, M. Frédéric André rentra chez lui pour dîner. Tout à coup on entendit plusieurs détonations. Au bruit, le concierge et des voisins accoururent. Ils virent alors M^{me} André étendue sur le parquet, la mâchoire fracassée par un coup de revolver. A côté d'elle le mari râlait; il avait la tête trouée par deux balles et tenait dans ses mains un revolver. On releva M^{me} André, qui fut transportée à l'hôpital Laënnec, où l'on espère la sauver. Quant au mari, il ne tarda pas à rendre le dernier soupir. Il résulte de l'enquête faite par le commissaire de police du quartier que M. André a voulu tuer sa femme et s'est tué ensuite dans un accès de folie subite. (*Le Temps*, numéro du vendredi 12 avril 1901.)

68. *Tentative d'homicide.* — Un nommé Jean Dutertre, âgé de trente-deux ans, demeurant 22, rue des Partants, à Ménilmontant, s'est jeté, hier soir à six heures, sur deux gardiens de la paix, de service rue de Belleville, et a tenté de les frapper avec un coup-de-poing américain.

Conduit devant M. Girard, commissaire de police, cet individu, qui tenait des propos incohérents, a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt. (*Le Matin*, numéro du samedi 13 avril 1901.)

69. *Les exploits d'un fou.* — Pris subitement d'un accès de folie furieuse, un représentant de commerce, nommé Adrien B..., âgé de vingt-cinq ans, demeurant en garni, rue des Quatre-Vents, se précipitait, hier soir, sur M. de C..., rentier, qui rentrait chez lui à ce moment, et après l'avoir renversé, le frappait violemment de plusieurs coups de poing à la figure. Prenant la fuite, l'agresseur débouchait ensuite de la rue Bonaparte et saisissait à la gorge le D^r Dubar de Nesdouzi, demeurant 18, rue des Ecoles. L'étranglant à demi, d'un violent coup de genou, le forcené le jetait à terre et le piétinait furieusement.

Puis, voyant qu'aux cris désespérés poussés par sa victime, des passants accouraient, Adrien B... lâcha prise, et quelques pas plus loin, il bondissait sur un étudiant d'origine japonaise, M. Soulini Wihuley, demeurant 13, rue d'Assas, et d'un for-

midable coup de poing, il lui fracassait le crâne et lui crevait un œil.

Enfin, maîtrisé après une longue lutte par des agents, il était conduit peu après au commissariat des Saints-Pères.

Interrogé par M. Lavaille, commissaire de police, Adrien B..., après avoir donné ses noms et qualités, refusa de donner aucune explication sur son inqualifiable conduite.

Il a été envoyé au Dépôt. (*Le Journal*, numéro du dimanche 14 avril 1901.)

70. *Excentricités*. — On dit dans le *Journal* (numéro du lundi 15 avril 1901) :

« Le torse nu jusqu'aux reins, les jambes et les cuisses simplement recouvertes d'une légère jupe de gaze et de bas roses, une jeune femme parcourait hier, après-midi, l'avenue de Saint-Ouen. Suivie de plus de 500 curieux, elle arriva ainsi jusqu'au chemin de fer de ceinture, où, sur une petite caisse qu'elle avait obstinément tenue jusque-là sous le bras gauche, elle prit des poses antiques.

« Deux gardiens de la paix ayant interrogé la danseuse, celle-ci se récria :

« — Je suis Vénus, j'arrive de la lune. Veuillez me faire conduire au musée du Louvre; on m'attend, mon piédestal est prêt.

« La pauvre folle, qui se nomme Amélie L... et habite rue des Boulets, a été dirigée sur l'infirmerie spéciale du Dépôt par les soins de M. Rouffaud, commissaire de police du quartier des Epinettes. »

71. *Un émouvant sauvetage*. — Un concierge très ému arrivait, hier après-midi, dans le bureau de M. Bottolier-Lasquin, commissaire de police, et lui racontait qu'une de ses locataires voulait se jeter par la fenêtre.

En effet, au numéro 9 de la rue Rochebrune, habite, au cinquième étage, M^{me} Claudine Beaujars, une veuve, mère d'un jeune enfant de six ans, qui venait d'être prise d'un accès de folie. Elle était sortie sur son balcon et criait qu'elle allait se jeter dans la rue.

Le commissaire s'empressa de suivre le concierge, accompagné d'un inspecteur, M. Simon.

Il fallait avant tout éviter d'effrayer la malheureuse qui s'était enfermée chez elle; aussi on renonça à essayer d'ouvrir la porte.

L'inspecteur Simon, très courageusement, monta au sixième étage et se laissa glisser par une fenêtre au bout d'une corde jusque sur le balcon où la folle gesticulait. Ce ne fut pas chose facile, pour le hardi sauveteur, que de s'emparer de la pauvre

femme, qui soutint avec lui une lutte terrible et le mordit cruellement à la joue.

La foule s'était amassée dans la rue, contemplant cet émouvant spectacle. A chaque instant on croyait que l'homme et la femme, qui se débattaient sur le balcon, allaient tomber dans la rue.

Le commissaire et le concierge ayant, pendant cette lutte, enfoncé la porte, arrivèrent au secours de l'inspecteur, et l'on put ligotter la folle pour la descendre.

Elle a été envoyée à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*L'Echo de Paris*, numéro du mercredi 17 avril 1901.)

72. *La femme au revolver.* — Une femme d'environ vingt-cinq ans, assez élégamment vêtue, pénétrait hier soir, vers neuf heures, dans la maison située au numéro 70 de la rue d'Hauteville, et, malgré la défense du concierge, M. Vullier, s'élançait dans l'escalier et gagnait le deuxième étage.

M. Vullier voulut l'obliger à descendre; mais elle sortit de sa poche un revolver et lui déclara qu'elle était décidée à faire feu s'il portait la main sur elle.

Le concierge, effrayé, requit deux gardiens de la paix. En les apercevant, la jeune femme tira sur eux deux coups de revolver. Ils jugèrent prudent de battre en retraite; puis, une locataire du premier étage, M^{me} Léonie Baillet, rentière, les ayant fait passer par l'escalier de service, ils purent traverser l'appartement du second étage et s'élancèrent sur l'énergumène, qu'ils saisirent à bras-le-corps.

Celle-ci tira de nouveau sur eux, sans les atteindre, deux coups de revolver. Elle fut désarmée et conduite chez M. Leygonie, commissaire de police, à qui elle déclara se nommer Aline Viesier, âgée de vingt-six ans, couturière, demeurant 101, rue de Versailles, à Ville-d'Avray.

Cette femme, qui était dans un état de surexcitation et ne paraissait pas jouir de toute sa raison, a déclaré qu'elle était venue dans la maison pour se venger d'un jeune homme qui y habitait et l'avait abandonnée, et qu'elle était résolue à le tuer et à se suicider après.

Elle a été dirigée sur le Dépôt. (*Le Journal*, numéro du vendredi 19 avril 1901.)

73. *Un fou dans une église.* — Pendant un sermon, hier soir, vers cinq heures, à l'église Saint-François-Xavier, un individu qui, agenouillé au pied d'un pilier, paraissait plongé dans une profonde méditation, se levait brusquement, la main armée d'un énorme couteau et se précipitait furieusement sur M^{lle} de C..., âgée de vingt et un ans, demeurant 110, boulevard Montparnasse, qui, aux côtés de sa gouvernante, pria à quelques pas.

Désarmé aussitôt par le suisse de l'église, qui se trouvait à quelques pas, il était peu après conduit au commissariat de l'Ecole-Militaire, où M. Volet, commissaire de police, qui l'interrogeait, reconnut bien vite qu'il avait devant lui un dangereux exalté, nommé Yves Jouves, trente-sept ans, terrassier, demeurant 24, rue de Lourmel.

Il a été conduit à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du vendredi 19 avril 1901.)

74. *Fureur homicide*. — Les *Central News* rapportent en ces termes un incident tragique qui s'est produit dans la nuit de samedi à dimanche, dans la petite ville de Grenna, près de Stockholm :

« Une veuve nommée Augusta de Duben se trouvait en traitement dans une maison de santé particulière, où elle était soignée par ses trois filles.

« Samedi soir, le D^r Nehrman, directeur de l'établissement, fut pris d'un accès subit de folie furieuse et, s'armant d'un long couteau, il se précipita sur la veuve et ses trois filles. L'une de celles-ci fut tuée, les deux autres et la mère furent grièvement blessées.

« Le D^r Nehrman sortit alors de la maison et, pendant toute la nuit, il parcourut les rues de la ville et frappa à coups de couteau cinq passants, dont trois furent dangereusement blessés.

« Le fou furieux put enfin être arrêté et enfermé. » (*Le Temps*, numéro du mercredi 8 mai 1901.)

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XI^e session. — Limoges (du 1^{er} au 7 août 1901).

PROGRAMME

Le XI^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes se tiendra à Limoges du 1^{er} au 7 août 1901, sous la présidence de M. GILBERT BALLEZ, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Les ordres du jour sont réglés comme suit :

Jeudi 1^{er} août, matin, 10 heures. — Séance solennelle d'ouverture, à l'Hôtel de Ville (salle des mariages).

Soir, 2 heures. — Séance à l'Hôtel de Ville (salle du conseil). — Constitution du bureau. — Nomination des présidents d'honneur. — Compte rendu financier du Congrès de 1899. —

Nomination de la Commission chargée du choix des questions pour 1902. — Discussion de la première question : *Du délire aigu*. Rapporteur M. le D^r CARRIER, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon.

Soir, 9 heures. — Punch offert par les professeurs de l'Ecole de médecine et le corps médical de Limoges.

Vendredi, 2 août. — Déplacement à Saint-Priest-Taurion, où auront lieu les séances du jour. Départ (le matin de 8 à 9 heures) en chemin de fer ou en voiture (au choix des congressistes). 9 h. 1/2, séance à l'école communale. Communications. Déjeuner individuel. 2 heures, séance à l'école communale. Communications. Retour à Limoges en voiture, pour le dîner.

Samedi, 3 août, matin, 9 heures. — Séance à l'Hôtel de Ville. — Discussion de la deuxième question : *Tonus, réflexes tendineux et contractures dans les affections du névraxe*. Rapporteur, M. le D^r CROCQ, professeur agrégé à l'Université de Bruxelles.

Soir, 2 heures. — Séance à l'Hôtel de Ville. Continuation de la discussion. Communication. 7 heures, banquet du Congrès par souscription.

Dimanche, 4 août. — Excursion à Saint-Goussaud (Creuse). Départ de Limoges pour Saint-Sulpice-Laurière par le chemin de fer, à 9 h. 15. Trajet en voiture de Saint-Sulpice-Laurière à Saint-Goussaud. Déjeuner à Saint-Goussaud. Retour à Limoges en voiture par les vallées du Taurion et de la Vienne.

Lundi, 5 août, matin, 9 heures. — Séance à l'Hôtel de Ville. Discussion de la troisième question : *Le Personnel secondaire des asiles*. Rapporteur M. le D^r TAGUET, médecin des asiles de la Seine.

Soir, 2 heures. — Séance à l'Ecole de médecine. Communications avec projections.

Mardi, 6 août, matin. — Visite à l'asile de Naugeat. Déjeuner au Cluzeau, propriété de l'asile.

Soir, 4 heures. — Visite d'une fabrique de porcelaine.

Mercredi, 7 août. — Excursion à Uzerche (Corrèze).

Les adhésions et la cotisation (20 francs) doivent être envoyées, le plus tôt possible, à M. le D^r DOURSOUR, secrétaire général, à l'asile de Naugeat, Limoges. Pour faciliter l'organisation du Congrès, les adhérents sont priés d'indiquer d'ores et déjà s'ils ont le désir de prendre part aux excursions de Saint-Goussaud et d'Uzerche, et au banquet du Congrès.

Ils sont en outre invités, s'ils désirent profiter de la réduction de demi-place consentie par les compagnies, à adresser à M. GILBERT BALLEZ, 39, rue du Général-Foy, Paris, *avant le 8 juillet*, l'indication de leur gare de départ et, si le voyage exige un trajet sur plusieurs réseaux, de la gare de départ sur chaque réseau. Ils devront aussi mentionner la classe en laquelle ils désirent effectuer le voyage.

Il est nécessaire d'adresser avant le 10 juillet à M. le secrétaire général, les titres des communications qu'on se propose de faire.

Ceux des adhérents qui n'ont pas encore envoyé leur cotisation (20 francs), sont priés de le faire sans retard, le recouvrement par la poste obligeant à faire une majoration de 1 franc pour frais.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le D^r DOURSOT, asile de Naugeat, Limoges.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Chronique

Le Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de langue française (XI^e session, à Limoges.)

Le Congrès tenu à Limoges, du 1^{er} au 7 août 1901, a ouvert la seconde décade de nos congrès annuels. Il n'y a qu'une voix pour dire que ce fut un des Congrès les mieux réussis. Les rapports avaient été distribués bien avant l'ouverture du Congrès ; on a reçu de la municipalité et des médecins de Limoges l'accueil le plus cordial ; nous avons un président charmant, un secrétaire général aimable, et le temps a été superbe. Sans s'être donné le mot, la plupart des membres du Congrès étaient descendus dans les hôtels de la place Jourdan qui était devenue une sorte de centre de ralliement. Nous ne nous trouvions pas isolés dans la ville ; on était sans cesse réunis en groupes, et cette circonstance a donné au Congrès de Limoges un cachet d'intimité tout particulier.

La session a été ouverte par une séance solennelle,

dans la salle des mariages de l'Hôtel de Ville. M. Labussière, maire de Limoges, a souhaité la bienvenue aux membres du Congrès, et a ensuite demandé qu'on se préoccupât de la prophylaxie des maladies mentales. « Il est beau, a-t-il dit, de combattre le fléau et de le vaincre ; il est encore mieux de l'empêcher de naître.

« Dans beaucoup de cas, on connaît aujourd'hui la cause de la maladie. C'est le surmenage, c'est l'abus de la vie facile, c'est l'alcool !....

« Tenez donc vos assises, Messieurs. Dans vos délibérations, inspirez-vous des exemples laissés par vos ancêtres, et que de vos discussions jaillisse quelque découverte, quelque fait nouveau, dont l'humanité aura à profiter. »

M. Chénieux, directeur de l'École de médecine, a pris ensuite la parole pour exprimer tout le plaisir éprouvé en voyant à la tête du Congrès un des anciens élèves de l'École de médecine de Limoges, et pour souhaiter à son tour la bienvenue aux confrères qui s'étaient donné rendez-vous à Limoges.

M. Gilbert Ballet, en sa qualité de président, a répondu à ces deux discours. Dans un langage des plus heureux, il a répondu aux souhaits de bienvenue du maire en développant cette idée que si Limoges est une ville neuve avec le merveilleux essor industriel d'une cité moderne, elle a aussi des traditions dont elle peut être fière ; traditions d'art remontant jusqu'à saint Éloi, au temps de Dagobert, transmises par les émailleurs du *xvi^e* siècle, et s'étant perpétuées jusqu'à notre époque ; traditions littéraires datant des premiers troubadours.

« J'en pourrais citer d'autres, a ajouté M. Gilbert Ballet. Vous les avez symbolisées dans les quatre figures que des artistes de talent ont peintes sur la céramique, au fronton de cette maison : Jourdan, la tradition du patriotisme ; d'Aguesseau et Vergniaud, celles de l'élo-

quence et du civisme; Léonard Limousin, dont le nom évoque le souvenir de la plus brillante époque artistique en ce pays.

« Et ce ne sont pas vos seuls grands hommes. »

Se tournant alors vers le directeur de l'École de médecine, il a rappelé que Limoges était le pays de Dupuytren, de Gay-Lussac et de Cruveilhier.

M. Gilbert Ballet a poursuivi son discours par une brillante dissertation sur le rôle de la technique et de la méthode dans l'étude des maladies mentales, sur le péril alcoolique, et sur l'influence exercée par la pathologie mentale, de concert avec l'anthropologie criminelle, pour modifier le droit pénal.

La séance a été terminée par un discours de M. Drouineau, inspecteur général délégué par M. le Ministre de l'Intérieur. M. l'Inspecteur général a exposé que tous les asiles étaient invités, par le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, à souscrire aux Congrès annuels pour conserver dans leur bibliothèque l'ensemble des documents. Il a ajouté que, dans l'état actuel de la psychiatrie, en présence des travaux étrangers, de l'évolution d'esprit en ce qui touche les aliénés, leur traitement, la façon de comprendre les asiles et les appropriations spéciales qu'ils comportent, il apporterait un soin scrupuleux à suivre les travaux du Congrès, et à connaître les vœux émis.

Le préfet de la Haute-Vienne assistait à la séance, mais n'a pas pris la parole.

Les travaux du Congrès ont commencé dans la séance de l'après-midi. La municipalité avait mis à la disposition du Congrès la salle du Conseil municipal, et nous avons trouvé une installation des plus confortables.

M. Doutrebente, président du Congrès de Marseille, a, pour se conformer à l'usage, ouvert la séance et ins-

tallé le nouveau président. M. Boubila a présenté les comptes du Congrès de Marseille, comptes se soldant par un excédent de recettes, et sa bonne gestion a été saluée par une salve d'applaudissements. Puis le bureau a été complété par la nomination de présidents d'honneur, de vice-présidents et secrétaires, le tout par acclamation; puis la parole a été donnée à M. Carrier pour l'exposé de son rapport sur le délire aigu.

Voici d'abord l'analyse rapide du rapport qui nous avait été distribué.

M. Carrier pose ainsi la question : « Le délire aigu est un syndrome clinique que caractérisent principalement une évolution rapide et une extrême gravité. Les nombreuses théories émises à son sujet ont rendu son histoire l'une des plus confuses de la pathologie mentale ». L'auteur passe en revue ces diverses théories, pour arriver à la nature infectieuse du délire aigu.

M. Carrier présente ensuite le tableau clinique. Le délire aigu peut être primitif ou secondaire; le plus souvent, il y a une période prodromique avec malaise général, hallucinations terrifiantes, angoisse; la période d'état a deux phases de durée inégale, l'une d'excitation, l'autre de collapsus. Le trouble mental consiste essentiellement en un délire général dont l'incohérence est absolue. Les troubles somatiques les plus constants sont la sitio-phobie et la fièvre, avec dyspnée et accélération extrême du pouls. Les urines sont rares, souvent albumineuses; la constipation est habituelle à la phase d'excitation. Si, au bout de huit à dix jours, les phénomènes morbides ne s'atténuent pas, le collapsus succède à l'excitation; les malades tombent dans la stupeur, le nez se pince, les lèvres deviennent fuliginenses; il y a des soubresauts des tendons, de la carphologie; la diarrhée succède à la constipation; le pouls devient de plus en plus misérable, la température s'élève à 41 degrés, et les malades meurent.

rent dans le coma. La période de collapsus est toujours rapide, et dépasse rarement deux jours.

Lorsque l'issue ne doit pas être fatale, la phase de collapsus n'apparaît pas ; des rémissions se produisent, la sitiophobie cesse ; il y a parfois abondante émission d'urine ; l'état général s'améliore rapidement ; tantôt le trouble mental ne consiste plus alors qu'en une sorte de rêvasserie, tantôt des idées délirantes d'ordre maniaque ou mélancolique succèdent à l'état de confusion, le délire aigu dans ce second cas ayant été le prélude d'une vésanie.

Le délire aigu secondaire est d'un pronostic plus grave que le délire aigu primitif, et il est exceptionnel de ne pas le voir aboutir à la mort.

A la suite de son exposé du tableau clinique, M. Carrier présente deux observations personnelles. Il analyse ensuite les symptômes qui viennent d'être énumérés, passe en revue les lésions anatomiques et en particulier l'altération des cellules dans le cerveau. Il consacre ensuite un chapitre à l'examen des recherches faites pour trouver l'agent infectieux, cause du mal. Il expose que le délire aigu est subordonné à trois ordres de conditions pathogéniques essentielles : la prédisposition névropathique, l'épuisement nerveux occasionnel et la toxi-infection.

Les conclusions du rapport sont :

1° Le délire aigu est un syndrome de nature infectieuse. Ce n'est pas une maladie une, ce n'est pas une entité morbide au sens nosologique du mot, parce qu'il dépend essentiellement d'infections et d'intoxications diverses.

2° Il a son départ dans l'altération primitive des éléments nerveux par l'agent pathogène, et, par suite, intéresse l'organisme tout entier en permettant la pro-

duction d'auto-intoxications secondaires qui constituent toute la gravité de la maladie.

3° Des recherches nouvelles sont à poursuivre pour déterminer la nature des divers agents infectieux qui peuvent le produire, et pour expliquer le mécanisme de cette toxi-infection.

Dans son exposé verbal M. Carrier a surtout insisté sur le caractère toxi-infectieux de l'affection, et sur les recherches bactériologiques qui ont été faites. La discussion a ensuite été ouverte. M. Régis a pris le premier la parole. Pour lui le délire aigu est de nature toxique et a la symptomatologie des psychoses toxiques; mais il n'est pas nécessairement dû à une infection déterminée par un bacille spécial. On peut le rencontrer dans diverses infections ou auto-intoxications. Ceux qui en sont atteints ne sont pas nécessairement des aliénés, et devraient être traités à l'hôpital, dans des salles d'isolement, au lieu d'être envoyés à l'asile d'aliénés. En soignant les délires toxiques à l'hôpital, on éviterait les erreurs de diagnostic qui font envoyer à l'asile comme aliénés des individus qui délirent au cours d'une fièvre typhoïde ou d'une pneumonie. Comme traitement, l'indication est de combattre l'infection ou l'auto-intoxication, et M. Régis a obtenu de bons résultats du lavage de l'estomac.

M. Briand a pris ensuite la parole; il a soutenu comme les orateurs précédents la nature infectieuse du délire aigu, mais il pense que la spécificité de cette affection doit rester posée. Il est revenu sur la symptomatologie, sur les caractères qui le différencient de la manie. Le bacille peut ne pas être unique. La pneumonie est une entité morbide, et cependant plusieurs microbes peuvent la produire. Les symptômes du délire aigu sont «un mode de réaction de l'organisme.

M. Roubinowitch a apporté une observation de délire

aigu, ayant débuté par une phase de délire systématisé, chez une femme atteinte d'un abcès du sein, et ayant déterminé la mort en six jours.

M. Marchand a parlé des modifications des réflexes dans le délire aigu, et a apporté plusieurs cas avec examen histologique.

M. Crocq a soutenu que le délire aigu était un syndrome clinique et non une entité morbide. On doit le considérer ainsi au point de vue anatomique ; c'est ce qu'on voit d'ailleurs dans les infections, et M. Crocq a trouvé les mêmes lésions de la moelle dans la rage et dans la diphtérie. Les cellules nerveuses sont atteintes dans le délire aigu, et on peut trouver des lésions toxiques et des lésions inflammatoires. Il ne faut donc pas trop schématiser l'anatomie pathologique du délire aigu, dont les lésions anatomiques sont variables. Au point de vue du traitement, M. Crocq a signalé qu'on avait obtenu de bons résultats des injections d'ergotine à haute dose.

M. Gilbert Ballet a pris la parole pour dire qu'on paraissait élargir outre mesure le cadre du délire aigu, dans lequel on ne peut pas ranger tous les cas de délire par septicémie, et qu'il ne faut pas confondre avec la confusion mentale, sous prétexte que celle-ci a pour étiologie une infection. Quant aux lésions anatomiques, la chromatolyse de la cellule nerveuse est la signature d'une intoxication.

M. Faure a exposé que, dans des recherches portant sur 200 cas d'infection, il n'a jamais trouvé d'agent microbien dans le tissu nerveux, à moins d'une erreur de technique, et alors ce sont des lésions cadavériques. Il met en doute la spécificité des bacilles signalés dans le délire aigu et qu'on aurait trouvés dans l'écorce cérébrale, dans le liquide céphalo-rachidien, dans le sang.

M. Arnaud a appelé l'attention sur la céphalalgie qui

apparaît parfois plusieurs semaines avant les symptômes inquiétants dans le délire aigu, et sur la physionomie douloureuse des malades qui ont des idées lugubres, le pressentiment d'un malheur, et font parfois des tentatives de suicide.

La discussion a été close par un résumé de M. Brissand que M. G. Ballet avait prié de présider la séance, et on a renvoyé à une commission la proposition d'émettre un vœu en faveur de l'installation de locaux pour le traitement des délires infectieux transitoires, qu'on doit distinguer de l'aliénation mentale proprement dite.

Le soir, réception des plus cordiales offerte par le corps médical de Limoges. On peut dire que c'était une journée bien remplie.

La journée du 2 août a été une des plus originales de nos congrès. Émigration du Congrès à la campagne. A huit heures et demie du matin, une file de voitures s'alignait, place Jourdan, devant le Central-Hôtel, et départ pour Saint-Priest-Taurion, au confluent de la Vienne et d'un torrent, le Taurion. C'est un pays où l'on trouve seulement quelques centaines d'habitants agglomérés; mais nous avons été reçus par le maire, très flatté d'avoir dans sa commune un congrès de médecins; l'école communale a été mise à notre disposition. Comme l'a dit M. G. Ballet, c'est un des plus gentils nids de verdure du Limousin, et, après échange de compliments entre le maire et le président, on s'est mis à la besogne.

Séance de communications :

M. Bourneville présente des observations de quelques hémorragies de la peau en dehors du traumatisme, à la suite des accès d'épilepsie. Cette communication a

provoqué une discussion à laquelle ont pris part M. Crocq et M. Doutrebente.

M. Meige a fait une communication sur les mouvements symétriques des membres et l'écriture en miroir, et a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Lalanne, Trénel et Ballet.

M. Devay a apporté une observation de psychose post-opératoire. C'est un cas de confusion mentale avec hallucinations de la vue et de l'ouïe. M. Régis a présenté quelques observations sur ce fait.

M. Hartenberg a fait une communication sur l'emploi de la lécithine, produit tiré du jaune d'œuf et qu'on peut, d'après l'auteur, employer sans inconvénient en injections hypodermiques à doses assez élevées, telle qu'un gramme par jour. Son action thérapeutique paraît porter plus sur la nutrition générale que sur le tissu nerveux en particulier, et la lécithine améliore l'état nerveux en relevant l'état général.

M. Roubinowitch et Philippet ont communiqué leurs recherches sur un nouvel hypnotique, l'hédonal. Leurs conclusions sont que c'est un hypnotique inoffensif. A dose égale il paraît moins actif que le chloral et le sulfonal; mais il peut être employé à doses plus élevées, à cause de sa faible toxicité. Ces conclusions ont été appuyées par M. Crocq qui a obtenu de bons résultats de l'hédonal.

La séance du matin a été terminée par une motion de M. Doutrebente demandant au Congrès d'appuyer la pétition de cent cinquante-deux commis et employés de trente-neuf asiles, émettant le vœu que les postes vacants d'économe et de receveur ne fussent plus, comme cela arrive le plus souvent, attribués à des personnes étrangères au personnel administratif de ces établissements.

M. l'Inspecteur général Drouineau a dit que cette

pétition était très intéressante, et la motion de M. Dou-trebente a été adoptée.

L'heure du déjeuner était arrivée. Des tables étaient dressées sous de grandes tonnelles, et l'on fit honneur à la friture, qui est le plat traditionnel du pays. Le président, qui voulait nous ménager une surprise sans nuire aux travaux du Congrès, avait recommandé l'exactitude à la reprise de la séance à 2 heures.

M. Marchand a apporté l'observation d'un malade entré comme épileptique, et mort dans le coma. A l'autopsie, on trouve une tumeur cérébelleuse du volume d'une noix au niveau du lobule pneumogastrique. C'était un sarcome à cellules fusiformes. Ce travail a provoqué les réflexions de MM. Brissaud, Anglade et Dupré.

M. Martin a fait une communication sur le torticolis mental et son traitement par la gymnastique médicale sans intervention chirurgicale. Son mémoire a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Meige, Brissaud, Briand, Lannois, Dupré et G. Ballet.

M. Pailhas a lu un travail sur la dégénérescence dans les vieilles localités, et a présenté tout particulièrement une étude sur Ambialet, dans les gorges du Tarn. M. G. Ballet a remercié M. Pailhas d'apporter au Congrès la pathologie de la région qu'il habite.

M. Pailhas a lu ensuite une observation d'un malade atteint de paralysie générale, et dont le caractère s'était transformé d'une manière avantageuse avant l'apparition des symptômes de l'affection.

M. Devay a communiqué un mémoire sur la paralysie générale juvénile, travail qui a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Régis, Marchand, G. Ballet, Brissaud et Trénel, et la séance a été close.

La surprise que nous ménageait notre président était une promenade, avant dîner, dans un fort joli site. Les voitures nous ont conduits sur la hauteur, à l'entrée d'un

bois d'où l'on est descendu par un sentier à travers les rochers, sur les bords du Taurion. Des bateaux à fond plat ont ramené à travers les rapides du Taurion les dames qui faisaient partie de l'excursion et les membres du Congrès qui se sentaient fatigués, tandis que les autres suivaient à pied la rive du Taurion, et on est rentré à Limoges au clair de lune, après un dîner champêtre où la gaité n'a pas fait défaut. Chacun s'accordait à dire que c'était une véritable trouvaille d'avoir imaginé une journée avec deux séances de travail dans un endroit où l'on trouvait ce qui manque aux boulevards de Limoges : des arbres donnant de l'ombre.

L'ordre du jour du samedi 3 août appelait, dans la séance du matin, la discussion sur la question : Tonus, réflexes et contracture.

Le rapport présenté par M. J. Crocq, professeur agrégé à l'Université de Bruxelles, est un mémoire de 250 pages, très documenté, présentant à la fois un historique très complet, l'exposé des diverses théories émises et des recherches personnelles de l'auteur ayant demandé une somme de travail considérable. Pour rendre plus clair son exposé, M. Crocq a inséré dans son rapport 31 figures et 1 planche de schémas.

L'auteur expose dans un premier chapitre que le tonus musculaire résulte de deux facteurs : l'un inhérent au tissu musculaire, c'est l'élasticité ; l'autre, le plus important, constitué par l'excitation permanente qui provient des centres nerveux. Plus on s'élève dans l'échelle animale, plus le point de départ de cette excitation se trouve haut dans le centre cérébro-spinal, et M. Crocq donne la formule suivante : « A mesure que l'on s'élève dans l'échelle animale, on voit le tonus des muscles volontaires parcourir des voies de plus en plus longues. » Le nouveau-né se rapproche des vertébrés

inférieurs parce que son système nerveux a un fonctionnement encore incomplet. On doit séparer le tonus des muscles volontaires et celui des sphincters, ce dernier parcourant des voies plus courtes.

Après s'être appuyé sur l'expérimentation pour faire cette démonstration, M. Crocq examine les modifications du tonus musculaire observées dans les myopathies primitives, les névrites périphériques, les polyomyélites et les polioencéphalites, le tabes, l'hémiplégie organique, la maladie de Friedreich, l'hérédoparésie cérébelleuse, le tabes dorsal spasmodique, la sclérose latérale amyotrophique, les scléroses combinées, la compression médullaire, la sclérose en plaques, les états paréto-spasmodiques infantiles, les névroses, la paralysie générale, les infections et les intoxications.

Dans un second chapitre M. Crocq aborde l'étude des réflexes. Il en fait l'historique, en recherche le mécanisme, discute les théories émises, distingue les réflexes tendineux des réflexes cutanés, arrive à cette conclusion que la voie par où s'opèrent les réflexes est, comme pour le tonus musculaire, d'autant plus longue qu'on s'élève dans l'échelle animale, et est toujours plus longue pour les réflexes cutanés que pour les réflexes tendineux. Alors que chez la grenouille les centres des réflexes sont médullaires, chez l'homme les centres des réflexes tendineux sont basilaires, les centres des réflexes cutanés sont corticaux. Seuls certains réflexes défensifs continuent de parcourir les voies courtes. On constate encore dans l'étude des réflexes que les nouveau-nés se rapprochent des vertébrés inférieurs jusqu'à ce que les fibres pyramidales se soient développées fonctionnellement.

M. Crocq passe ensuite en revue les principaux réflexes tendineux, rotulien, achilléen, du poignet et contra-latéral des adducteurs, réflexe du coude et massé-

térin ; puis il étudie les principaux réflexes cutanés normaux, plantaire, crémasterien et abdominal-inguinal. Il constate que les relations entre l'état de la sensibilité et celui des réflexes cutanés sont très étroites, et que les voies de ces deux manifestations nerveuses sont identiques ; puis il passe à l'examen des réflexes pathologiques : le réflexe fémoral, le réflexe de Babinski, le clonisme tendineux. Un sous-chapitre est consacré à l'étude de la dissociation et de l'antagonisme des réflexes tendineux et cutanés, antagonisme qui est fréquent. Un troisième sous-chapitre a pour objet les modifications des réflexes dans les maladies du névraxe. L'auteur examine ces modifications comme il l'a fait pour le tonus musculaire dans les maladies du névraxe, la paralysie générale, les infections et les intoxications.

Le chapitre III traite des contractures. M. Crocq discute les nombreuses théories émises pour en établir la physiologie pathologique, et il arrive à cette conclusion que le mécanisme de la contracture est indissolublement lié à celui du tonus musculaire. Il distingue la contracture vraie qui est une contracture tonique persistante et involontaire, de la pseudo-contracture qui est une rétraction musculaire involontaire et persistante, et dans un sous-chapitre il passe en revue les contractures dans les maladies du névraxe.

Un dernier chapitre traite de la dissociation du tonus musculaire et des réflexes tendineux.

M. Crocq résume ainsi ce chapitre :

1° Dans la grande majorité des cas, il existe un rapport étroit entre l'état des réflexes tendineux et celui du tonus musculaire : l'hypertonie coïncide généralement avec l'exagération des réflexes tendineux, et l'hypotonie accompagne le plus souvent la diminution de ces réflexes.

2° Les recherches expérimentales ainsi que les don-

nées cliniques prouvent clairement que ce rapport n'est pas constant.

3° L'indépendance clinique du tonus et des réflexes tendineux confirme leur indépendance anatomique.

Une discussion magistrale a suivi l'exposé oral fait par M. Crocq de son rapport. M. Grasset, de Montpellier, a pris le premier la parole. Il a exposé que les réflexes tendineux suivent le tonus, et que les réflexes ne sont pas un phénomène indépendant ayant un centre spécial. Il y a trois étages de neurones, supérieur ou cortical, moyen ou noyaux de la base du cerveau, inférieur ou médullaire. Ces divers centres s'influencent les uns les autres, d'étage à étage. En s'élevant dans l'échelle animale, le mécanisme du tonus et des réflexes se complique, mais le tonus n'en a pas moins chez l'homme un centre médullaire, et ne dépend pas exclusivement du centre cortical. La répartition des centres du tonus explique les lésions si variées dans les différentes altérations du tonus.

M. Pitres a fait une critique très spirituelle des traités classiques qui, pour apprendre la physiologie de l'homme, ne s'occupent que des animaux. Il a ajouté que la physiologie du système nerveux a besoin d'être reprise par la méthode anatomo-pathologique. Abordant l'examen des contractures, il critique la tendance à vouloir tout unifier et rapporter à un seul centre. Il distingue la contracture myotonique dont le type est la maladie de Parkinson, et la contracture myotétanique dont le type est la contracture hystérique. Certains groupes de muscles sont plus souvent atteints que les autres, de contractures. On peut faire disparaître des contractures par la compression par la bande d'Esmarch sans modifier les réflexes tendineux, ce qui montre qu'il y a là des phénomènes distincts.

M. Mendelsohn a discuté la question des réflexes et

de leur localisation. Il croit que la moelle est le centre principal des réflexes. Les réflexes peuvent se produire partout dans la moelle, et le réflexe est fonction de l'intensité de l'excitation. Le réflexe n'a pas une grande valeur diagnostique, parce que son absence n'est pas caractéristique d'une maladie; son exagération ne permet pas toujours de localiser la lésion.

M. Brissaud a cité des faits ne s'accordant pas avec la théorie de M. Crocq. La destruction du faisceau capsulaire devrait entraîner la paralysie flasque; or, l'altération par compression lente détermine la contracture et l'exagération des réflexes.

La discussion a été reprise dans la séance de l'après-midi. Sur les observations de M. Crocq, M. Brissaud a reconnu que les sections traumatiques complètes de la moelle déterminent la paraplégie flasque. Il a ensuite appelé l'attention sur ce fait que les lésions intracapsulaires ou sus-capsulaires déterminaient surtout la contracture des muscles qui ont des mouvements les plus délicats et sont sous l'influence de la volonté, par exemple ceux de la main au membre supérieur. Les membres inférieurs ont surtout de l'automatisme, et les singes ont surtout de l'automatisme spinal. La main de l'homme est plutôt faite pour se fermer que pour s'ouvrir, et le mouvement d'opposition du pouce est spécial à l'homme. Ce mouvement n'a pas de centre spinal, et les lésions de la moelle ne donnent pas lieu à la contracture de l'opposant qui se produit par irritation du faisceau pyramidal.

M. Cestan a contesté que le faisceau pyramidal eût l'action indiquée par M. Crocq, et il a apporté à l'appui de son opinion deux observations de tumeurs de la moelle qui avaient déterminé une paraplégie spasmodique. Il a observé que les réflexes cutanés n'étaient pas en rapport avec la sensibilité du membre, et il n'a

vu la suppression du réflexe achilléen que dans les cas pathologiques.

MM. Vurpas et Marchand ont apporté des considérations sur le mécanisme pathologique des réflexes. Ils ont étudié les réflexes à l'aide d'appareils enregistreurs, en tenant compte du temps perdu entre l'excitation et la réaction produite. Ils ont trouvé que le temps perdu était différent dans les réflexes tendineux et dans les réflexes cutanés.

Après un échange d'observations entre MM. Crocq, Brissaud, Mendelsohn, Pitres et Cestan, la discussion a été close.

On a ensuite désigné Grenoble comme lieu de réunion du Congrès en 1902, et à la presque unanimité des suffrages M. Régis a été élu président du congrès de Grenoble; M. Bonnet, secrétaire général. Pau a été indiqué comme lieu de réunion pour 1903.

Les questions suivantes ont été proposées pour 1902 par la commission désignée à cet effet :

1° Des états anxieux dans les maladies mentales. Rapporteur : M. Lalanne.

2° Les tics en général. Rapporteur : M. Noguès.

3° Les auto-accusateurs au point de vue médico-légal. Rapporteur : M. Dupré.

Les propositions de la commission ont été admises sans observations.

On a ensuite entendu une série de communications.

M. Justin Lemaître a lu un mémoire sur ce qu'il a appelé les tumeurs-fantômes de l'abdomen.

Ce sont des pseudo-tumeurs déterminées par des gaz, et qu'il attribue à l'hystérie ou à la neurasthénie.

M. Joffroy a communiqué un travail sur l'algidité centrale observée chez deux paralytiques généraux de

son service à la suite d'attaques épileptiformes, et suivie de mort. Chez un de ces malades la température rectale est descendue à 29°, chez l'autre à 25°5. Cette communication a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Bourneville, Dupré, Briand et Arnaud.

M. Bourneville a fait une communication sur l'influence de la syphilis, de l'alcoolisme et des professions insalubres dans le développement de l'idiotie.

Enfin M. Raymondand a clos la séance en lisant un mémoire sur les Zig, ou phantagénie.

L'auteur décrit sous ce nom des illusions de la vue observées sur lui-même, et il a fait circuler à l'appui de sa communication un grand nombre de dessins reproduisant ces illusions.

Le soir a eu lieu le banquet par souscription, auquel les dames étaient invitées. Il y a eu les toasts obligatoires portés par le préfet de la Haute-Vienne, le président et le secrétaire général du Congrès, le président du Congrès suivant. Enfin M. Dupré a lu une pièce de vers qui a eu grand succès et dont je me bornerai à citer le dernier quatrain :

Fille gauloise des cités hellènes,
Vieille capitale aux destins sacrés,
Parmi ses émaux et ses porcelaines,
Limoges sourit à notre Congrès.

On pouvait dire, le soir, que, pour une journée de Congrès, c'était encore une journée bien remplie.

Le dimanche 4 août, les travaux du Congrès ont été suspendus, et le président offrait aux membres un déjeuner à Saint-Goussaud, sur la limite du département de la Creuse, à environ 700 mètres d'altitude. Inutile d'ajouter que les dames étaient de la partie. Le matin, départ à 8 h. 15 par chemin de fer, pour Saint-Sulpice-Laurière. Là, on trouvait des voitures pour monter à Saint-Goussaud, par une route des plus pittoresques.

Nous avons trouvé un petit pays niché sur une éminence, d'où on avait un horizon s'étendant jusqu'aux montagnes de l'Auvergne. Il y a une superstition locale : dans la vieille église, saint Goussaud et son bœuf, guérissant les maladies du bétail, et auquel sont accrochées des ficelles ayant attaché la bête malade. Mais la vieille église a l'aspect si misérable que les dames ont été prises de pitié et ont fait une collecte pour faire remettre saint Goussaud en un peu meilleur état. Que les personnes à principes rigides nous pardonnent ! Notre ami Bourneville en était, « pour faire plaisir aux dames ». La plus franche gaieté régnait. On était un peu grisé par le grand air et c'était une vraie journée de vacances ! M^{me} G. Ballet faisait avec une bonne grâce charmante les honneurs du déjeuner servi sous une tente devant un pittoresque édicule, la lanterne des morts, rappelant de vieilles légendes. Les habitants du lieu nous entouraient, regardant déjeuner les membres d'un Congrès. Le joueur de cornemuse est venu nous donner une sérénade, des jeunes filles ont chanté. C'était à la fois fort joli et fort original. Tout à coup on découvre qu'un appareil photographique est braqué sur nous, derrière un petit mur. Les photographes amateurs du Congrès se précipitent sur leurs appareils et vont à la découverte de celui qui leur fait concurrence. C'est le curé du pays ! Ils fraternisent avec le curé photographe et le photographient photographiant.

Nous avons quitté Saint-Goussaud trop tôt à notre gré ; mais la route était longue pour rentrer en voiture à Limoges par les vallées du Taurion et de la Vienne, et il fallait encore prévoir un arrêt pour les chevaux. L'excursion était des mieux choisies pour nous faire voir ce qu'est le Limousin, et on conservera longtemps dans les annales de nos Congrès le souvenir de la journée de Saint-Goussaud.

Les séances de travail ont repris le lundi 5 août, dans la matinée, à l'Hôtel de Ville de Limoges, pour discuter la troisième question à l'ordre du jour du Congrès : le personnel secondaire des asiles d'aliénés. Dans le rapport qui nous a été distribué, M. Taguet cite l'opinion de Dagron, qui s'est plaint de voir passer les infirmiers comme des voyageurs à travers une auberge, et a posé cette sorte de dilemme : les bons, dès qu'ils trouvent de l'occupation ailleurs, quittent une situation prise seulement comme pis aller ; on est obligé de mettre à la porte les fainéants et les ivrognes. Dagron ne voyait qu'un remède : « augmenter le salaire des serviteurs et leur assurer, en cas de bons services, une retraite pour leur vieillesse ».

Le D^r Taguet ajoute : « Le département de la Seine est entré largement dans la voie indiquée par le D^r Dagron, et, en quelques années, le traitement du personnel secondaire a presque doublé. » M. Taguet donne à l'appui de son dire l'arrêté du préfet de la Seine du 31 mai 1900, fixant la pension de repos après vingt-cinq ans de services, ou, en cas d'infirmités, après dix ans de services. M. Taguet cite ensuite les résolutions adoptées par la sous-commission nommée par le préfet de la Seine pour étudier l'organisation des asiles de la Seine. Il examine rapidement la question du service de veille, conclut à ce que la position de reposant soit remplacée partout par l'indemnité de repos, donne le règlement de l'asile de Naugeat sur ce point et termine en soulevant une question de droit. Dans les asiles de la Seine les surveillants et surveillantes, les sous-surveillants et sous-surveillantes et assimilés sont nommés par le préfet. Qui est responsable des actes de ces agents : le préfet ou le directeur ?

L'exposé du rapport a donné lieu à une discussion à laquelle ont pris part MM. Doutrebente, Giraud, Bour-

neville, Briand, Drouineau, G. Ballet, Rémond, Vallon, Trénel et le rapporteur, M. Taguet.

On a émis comme vœux que le mot infirmier remplaçât celui de gardien ; on n'a pas jugé nécessaire de créer une catégorie spéciale d'infirmiers, dits infirmiers de visite. On a émis le vœu que le personnel secondaire reçût une instruction professionnelle et qu'un diplôme fût exigé pour l'avancement.

On a encore émis le vœu que le personnel fût divisé en équipe de jour et en équipe de nuit, qu'il y eût dans chaque asile un minimum d'un infirmier par dix malades, et qu'il y eût dans chaque quartier un service de veille spécial permanent, non compris le veilleur de ronde ; qu'à défaut de retraite il y eût pour les infirmiers, soit la position de reposant, soit une indemnité de repos, au choix du bénéficiaire ; enfin, que le minimum de traitement des infirmiers et des infirmières fût de 360 francs par an, et qu'il fût tenu compte de la situation de famille.

La séance du matin a été terminée par l'examen de la proposition de nommer pour nos congrès annuels un secrétaire perpétuel qui serait chargé de centraliser chaque année tous les documents qui doivent être imprimés, soit avant, soit après le congrès et distribués aux membres adhérents. Une commission composée de MM. Briand, Trénel, Parant, G. Ballet et Régis a été chargée d'étudier la question et de présenter un rapport au prochain congrès.

La séance de l'après-midi a été tenue à l'École de médecine, où un amphithéâtre avait été disposé pour permettre de faire des projections à l'appui de communications.

Au début de la séance le Congrès a émis le vœu, pré-

senté par M. Régis, qu'il fût créé dans les hôpitaux des salles d'isolement pour l'observation des malades délirants ou agités, et que ces malades ne fussent transférés dans les asiles qu'après aliénation mentale confirmée ;

Qu'on cessât d'admettre dans les asiles les déments simples, et qu'on les reçût dans les hospices, et de préférence dans des colonies familiales ; qu'un quartier d'observation fût installé dans chaque asile.

M. Prosper Lemaistre a fait une communication très originale de physiologie animale à l'occasion d'une chienne qui régurgitait ses aliments pour nourrir ses petits.

M. Arnaud a lu un chapitre très intéressant sur la théorie de l'obsession qu'il a décrite comme un mode d'activité cérébrale sur lequel la volonté est nulle. Ce travail a provoqué des observations de M. Régis.

A cette lecture ont succédé des communications avec projections de MM. Maurice Faure, Laignel-Lavastine et G. Ballet sur les toxi-infections et leur anatomie pathologique.

M. Dupré a présenté des observations sur le statobasophobie. Il a décrit deux formes, la forme simple et la forme associée. La maladie présente trois types, paralytique, spasmodique, ataxique ; elle se présente chez des gens assez âgés, prédisposés, déséquilibrés. Elle a pour étiologie un choc émotionnel.

M. Bourneville a présenté des photographies et radiographies de malformations chez des dégénérés. La radiographie montre chez certains sujets des arrêts de développement et non des amputations intra-utérines.

M. Bourneville a ensuite exposé les résultats favorables du traitement médico-pédagogique de l'idiotie aux divers âges, et montré combien il est fâcheux d'abandonner à eux-mêmes les idiots, dans l'hypothèse, qui ne

se réalise jamais, d'une amélioration probable vers l'âge de sept ans ou à l'époque de la puberté.

M. Pothé a présenté des photographies de sein hystérique et des photographies de mimique faciale chez les nerveux.

MM. Lalanne et Régis ont apporté une observation de catatonie; puis M. Régis a communiqué une observation de confusion mentale consécutive à une insolation dans les pays chauds.

M. Martin a lu une note sur le traitement des douleurs fulgurantes du tabes par l'aspirine employée à la dose de nn à cinq grammes et sur l'emploi de l'injection intrarachidienne de cocaïne dans les crises de tabes viscéral.

M. Dupré a fait une communication très curieuse sur l'extrême fréquence de la barbe et de la moustache chez les femmes aliénées. La statistique apportée par M. Dupré donne l'hypertrichose faciale constatée chez 29 p. 100 non aliénées et chez 49,7 p. 100 aliénées; et encore, chez les non aliénées, on trouvait une grande proportion d'antécédents héréditaires. En ce qui concerne les formes de l'aliénation mentale, M. Dupré relate pour la démence sénile la proportion de 64 p. 100, et pour la paralysie générale 66 p. 100.

M. Dupré pense qu'il faut rechercher la pathogénie de cette hypertrichose dans les troubles de la fonction ovarienne et thyroïdienne.

M. Prosper Lemaistre a demandé qu'on posât au prochain congrès la question : Du rôle de la famille dans le vol, et qu'on étudiât l'abaissement du sens moral chez les criminels; et l'ordre du jour étant épuisé, la session a été déclarée close.

On voit par cette rapide analyse que la séance de l'après-midi du 5 août n'a pas comporté moins de quinze communications, ce qui est un gros chiffre pour une

seule séance, et force les auteurs à faire assaut de célérité dans leur lecture ou leur exposé. Mon collègue Doursout me permettra de faire ici une petite critique. Alors que le programme du Congrès indiquait très exactement la discussion des rapports imprimés et distribués, nous n'avons jamais eu l'ordre du jour des communications dues à l'initiative individuelle. C'est un peu court d'avoir simplement au programme : « Communications ». Tous les membres du Congrès ne s'astreignent pas à suivre toutes les séances du commencement à la fin, et ils ont besoin d'être un peu guidés pour ne pas laisser échapper les communications devant les intéresser plus particulièrement.

La soirée du 5 août a été occupée par une grande réception à l'Hôtel de Ville. On est aimable à Limoges. L'Hôtel de Ville était brillamment illuminé, trop brillamment au gré de quelques-uns d'entre nous, car les rampes de gaz élevaient la température déjà chaude par elle-même. Les autorités de Limoges assistaient à cette réception, une musique militaire se faisait entendre. Le Maire a prononcé une allocution, à laquelle M. G. Ballet a répondu de la manière la plus heureuse, comme il le sait toujours faire d'ailleurs.

La journée du mardi 6 août a été consacrée à la visite de l'asile de Naugeat. Des voitures nous attendaient le matin sur la place Jourdan. Notre collègue Doursout avait l'heureuse idée de nous distribuer une monographie de l'asile d'aliénés. C'est une brochure de plus de 95 pages, avec des planches et un plan de l'asile, et on y trouve, non seulement tous les détails relatifs à la construction de l'asile actuel, mais encore un historique intéressant de l'assistance aux aliénés, autrefois dans les hospices de Limoges, puis dans la maison de force.

L'auteur de cette monographie est l'aumônier de l'asile. Cela ne manque pas d'originalité pour un établissement où l'on vient de remplacer les religieuses par des surveillantes laïques ; mais cet aumônier est un lettré et un érudit, et nous n'aurions pas manqué de le féliciter de son travail si nous l'avions rencontré dans notre visite de l'asile.

Je ne raconterai pas en détail cette visite. Ma chronique est déjà longue et l'asile de Naugeat est connu. Je n'ai pas besoin d'ajouter que c'est un asile bien tenu. Notre collègue Doursout tient à être tout à fait moderne et nous a fait voir la nouvelle salle des morts, qui n'est pas encore complètement installée, et à laquelle sera annexé un laboratoire.

On a de là une vue splendide sur la vallée de la Vienne, d'où la réflexion du Président qu'on ne travaillerait jamais dans ce laboratoire, parce qu'on passerait tout son temps à regarder le paysage. On a vu ensuite les nouveaux pensionnats : villa Bel-Air pour les hommes, installée depuis plusieurs années, et villa Belle-Vue pour les femmes, actuellement en construction. Ces pensionnats, complètement isolés du reste de l'asile, sont dans un très beau site et justifient bien leur nom.

Un photographe nous attendait sur une des terrasses de la villa Bel-air. Nous n'étions pas tous absolument au complet, car dans une visite de ce genre il y a toujours des personnes qui s'attardent, et, depuis le commencement, notre ami Doursout avait beau agiter ses grands bras, sans parvenir à rallier les retardataires. On a passé outre, l'heure du déjeuner approchait. Nous avons encore vu le petit hameau de Naugeat, qui a donné son nom à l'asile et se trouve maintenant enclavé dans le domaine de l'établissement, et enfin tout le monde a gagné la grande et belle propriété du Cluzeau, acquise il y a quelques années et servant de domaine

agricole à l'asile. Une table d'environ cent couverts avait été dressée, abritée par une tente, sous une char-mille. On a déjeuné gaiement, entendu les toasts du préfet, du président du Congrès, de M. Doursout et de M. l'inspecteur général Drouineau. Pour clore la journée, on est remonté en voiture et on a été visiter dans un des faubourgs de Limoges une manufacture de porcelaine dont le propriétaire, M. Guérin, et ses fils, ont fait très aimablement les honneurs.

Une dernière excursion figurait au programme pour la journée du 7 août ; c'était la visite de la ville si pittoresque d'Uzerche. Qui a maison à Uzerche a, suivant le dicton, château en Limousin, et les organisateurs du Congrès voulaient nous faire emporter un bon souvenir du pays. Ils y ont pleinement réussi. La plupart d'entre nous se sont donné rendez-vous à Grenoble pour l'année prochaine et nous sommes déjà assurés de nous trouver en nombre. Le nouveau Secrétaire général, à l'instigation de son Président, n'a pas attendu la fin du congrès de Limoges pour entrer en fonctions. Il a recueilli adhésions et même cotisations de tous ceux qui voulaient bien se faire inscrire de suite, et la somme ainsi recueillie est respectable. Le secrétariat du nouveau congrès est donc constitué ; les collègues qui n'étaient pas à Limoges peuvent dès maintenant envoyer leur adhésion, avec leurs 20 francs de cotisation, à M. le Dr Bonnet, médecin en chef de l'asile Saint-Robert. Comme toujours, les absents auront tort.

A. GIRAUD.

Pathologie

LA FOLIE DES FOULES

NOUVELLE CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES FOLIES ÉPIDÉMIQUES AU BRÉSIL

Par le Dr NINA RODRIGUES

Professeur de médecine légale à la Faculté de Bahia

Suite et fin (1).

VII

Nous nous sommes un peu étendu sur l'examen que nous venons de faire de la contagion lente des folies collectives ; mais nous avons, croyons-nous, mis hors de doute la nature morbide de la folie des menés.

Il s'agit maintenant de démontrer que dans les violences des foules où la contagion est soudaine, aiguë, ce que les chefs transmettent à la multitude, c'est encore la folie, quoique transitoire.

Lorsque, entraînée par la suggestion du chef, une foule en arrive à commettre les actions les plus violentes et les plus condamnables, elle reproduit seulement la passion morbide, le délire dont était possédé le

(1) Voir les *Annales* de janvier-février, mars-avril, mai-juin et juillet-août 1901.

meneur, de même que l'hypnotiseur communique à son sujet les sentiments qui l'animent.

Ce que le chef aura communiqué à la foule, ce sera l'émotion, la passion qui le dominait lui-même, et cette transmission, comme l'a brillamment démontré Sighele, s'opère au sein de la foule par le geste, par la parole, par l'attitude de l'audacieux meneur; ces gestes, ces attitudes sont inconsciemment imités par les menés et éveillent dans leur âme des sentiments correspondants.

Mais ce qui certainement entraîne une multitude à toutes sortes d'exagérations et souvent de violences criminelles, ce n'est pas encore cette passion communiquée, mais bien la transformation qu'elle a subie dans le milieu incandescent où s'agitait la foule, dont la colère s'est changée en un véritable état délirant. Le contrôle cérébral et conscient a été supprimé et alors se produisent des manifestations morbides qui correspondent aux types pathologiques manie et épilepsie, où la colère normale peut également conduire. Et c'est là pourquoi le meneur, arrivé au comble du délire, perd ce pouvoir discrétionnaire que l'hypnotiseur conserve sur son sujet, et n'exerce plus que le rôle de simple directeur de la foule, rôle qui peut lui être dérobé, ravi par une circonstance fortuite, par l'événement le plus simple et le plus insignifiant, pourvu qu'au moment voulu il soit ou semble être d'accord avec les tendances de la multitude.

Tarde a reconnu cette vérité en affirmant que les chefs d'une bande ou d'une émeute peuvent être rendus responsables des ruses et de l'habileté qu'ils ont déployées dans l'exécution des massacres, des pillages, des incendies, etc., mais jamais de la violence et de l'étendue des maux causés par la contagion criminelle. On rend honneur au général seulement de ses plans de campagne, mais non de la bravoure de ses soldats.

Nous n'insistons pas sur la possibilité et la facilité

avec lesquelles les passions et les émotions se transforment en véritables états délirants : nous avons élucidé ce point en parlant de l'état mental des meneurs.

Il importe cependant d'établir que la contagion de cet état mental se conforme aux règles de la contagion de la folie.

Il est évident que la folie des foules doit être considérée comme étant de la même nature que les folies générales. Tarde admet que la folie des foules peut être une manie aiguë, comme la mégalomanie, le délire des persécutions, etc., et les médecins qui se sont occupés de la question insistent sur la forme que peut prendre la folie des foules : délire systématisé, délire de persécution, délire des grandeurs, etc. Mais ces esquisses de systématisation ne représentent que le développement colossal que l'état de foule donne à de simples épisodes des délires vésaniques généraux, ou bien elles représentent un vrai délire systématisé auquel la courte durée et la grande intensité ont donné un tel caractère d'acuité que, rigoureusement, ils doivent être comparés aux conditions cliniques des folies générales.

La nécessité d'une vie commune prolongée aussi intime que possible, l'ascendant du malade sur celui qui est sain d'esprit, l'action incessante de l'aliéné sur son compagnon, pour l'amener à partager ses conceptions délirantes et ses troubles sensoriaux, la vraisemblance du délire, toutes ces circonstances enfin en présence desquelles nous nous sommes trouvés dans les deux cas de Canudos et de Pedra-Bonita, et qui, si elles ne sont pas absolument nécessaires, représentent tout au moins des conditions puissamment favorables à la contagion des délires systématisés, n'exercent pas la moindre influence et, comme dans la contagion des folies générales, ne sont pas du tout indispensables à la contagion de la folie des foules.

De même que les folies générales, dont elle n'est qu'un cas spécial, la folie des foules se communique rapidement, soudainement, par l'exemple, par le choc émotif, et non lentement et tardivement par la persuasion, par l'insinuation, comme les délires systématisés.

« On pensait, en outre, dit Marandon de Montyel (1), que, dans la folie générale, il y avait une telle évidence d'insanité, que l'esprit ne courait aucun risque de les accueillir ; mais on avait compté sans la vive impression produite par elles, impression qui subjugue et entraîne l'esprit en dehors de toute participation consciente de sa part. Il est même vrai de dire que l'observation a établi précisément le contraire des prévisions théoriques *a priori*, car elle a démontré, comme l'avance très justement M. Pronier, que les folies générales sont d'autant plus contagieuses qu'elles sont plus impressionnantes, c'est-à-dire, quelque paradoxale que la chose semble, plus le malade paraîtra fou, plus sera facile la transmission de la folie. »

Que l'on se représente maintenant le développement que donnera l'état de foule au pouvoir contagionnant des folies générales si aisément transmissibles, et l'on se fera facilement une idée de l'embrasement général que produira dans les foules la colère collective arrivée aux excès, aux emportements.

Nous avons vu que dans les épidémies de folie (comme d'ailleurs dans toutes les épidémies), la maladie ne se transmet qu'aux individus prédisposés. Parmi les personnes exposées à la contagion, il y en a un grand nombre qui demeurent toujours réfractaires au mal. Il en est de même des folies violentes des foules ; les prédis-

(1) Marandon de Montyel. Des conditions de la contagion morbide. *Ann. méd.-psych.*, mars 1894.

posés seuls sont atteints. Toutefois, la prédisposition s'étend sur la grande majorité.

On crut tout d'abord que la prédisposition héréditaire était la seule favorable à la contagion de la folie collective. Plus tard on dut étendre, et beaucoup, les bornes primitivement fixées, en comprenant dans la prédisposition les causes d'épuisement organique, la misère, les maladies, les intoxications, les vices débilitants, les excès de toute sorte, enfin.

Mais il importe de remarquer que ce développement se fait surtout au profit des folies générales comme le sont celles des foules. Marandon de Montyel fait observer que toutes les causes débilitantes semblent favoriser surtout la propagation des délires généraux et beaucoup moins celle des délires systématisés. On comprend aussi comment les idées de secte et de classe, avec les préoccupations, les émotions et les passions qu'elles développent, puissent créer ces prédispositions en masse et constituer un violent état de foule au contact de la moindre cause occasionnelle.

Tous les individus retranchés aux Canudos, soumis à un régime d'épuisement par la disette et même par la misère, ont d'abord vécu pendant un temps prolongé maintenus systématiquement dans un état d'exaltation religieuse, puis se sont transformés en défenseurs hallucinés de la foi, pour en arriver à une lutte à main armée : c'étaient des prédisposés. C'est ainsi aussi que s'est créée et développée la prédisposition la plus accentuée chez ceux-mêmes qui, dans le royaume de Pedro-Bonita, dans l'Etat de Pernambouc, ne la tenaient pas du berceau ; et l'on comprend alors comment, dans cette secte déjà saisie par un délire religieux bien systématisé, un état de foule morbide, qui s'est terminé par une horrible hécatombe, pouvait se déchaîner d'un moment à l'autre.

VIII

Il résulte très clairement, croyons-nous, de cette étude, peut-être un peu longue, que la formule de Sighele relative à la responsabilité juridique des foules est tout au moins insuffisante.

Si, dans une foule arrivée à l'apogée de l'exaltation, c'est-à-dire au moment précis où son activité destructrice et criminelle a atteint son maximum d'intensité, le simple état suggestif se transforme en un vrai délire plus ou moins transitoire, il est clair que les principes sur lesquels repose la responsabilité juridique de ses membres seront les mêmes que ceux qui sont applicables à l'aliénation mentale et non à l'hypnotisme.

Etant admise la règle que définit Sighele sous l'autorité de Brouardel, de Motet, etc., d'après laquelle le crime par suggestion hypnotique suppose chez le criminel des tendances délictueuses que la suggestion s'est bornée à solliciter, mais n'a pas créées, la conséquence doit être que le crime par suggestion accuse une *temibilità* latente qui, loin d'annuler la responsabilité du criminel, la justifie.

Mais on ne saurait appliquer la même règle aux fous, dont la *temibilità* réclamera toujours un traitement différent de celui qui est applicable aux individus qui sont dangereux, mais qui ont l'esprit sain, même lorsque l'agression ou la violence du fou prendra son origine dans une constitution mentale agressive congénitale, dans une tendance criminelle antérieure à la manifestation de la folie. Les curieuses études de Del Grecco (1)

(1) Del Grecco. *Il temperamento nei paranoici omicidi* (Com. al IX^o Congr. della Società Freniatrica, octobre, 1896. — *Il delinquente paranoico omicida* (Com. all' VIII^o Congr. della Soc. Fren. Roma).

tendent à démontrer que le tempérament homicide exerce une influence prépondérante sur les agressions et les crimes paranoïques. Mais il serait impossible de faire abstraction de la folie pour appliquer à ces délinquants, au nom de leur tempérament homicide, le même châtiment qu'ils subiraient si le crime, fruit de ce tempérament d'ailleurs, eût été commis et puni antérieurement à la maladie, en pleine santé mentale.

L'aliénation peut, du reste, conduire à des violences et des crimes ; elle peut rendre terribles des individus qui n'ont pas le tempérament criminel, et l'on ne peut mieux que ne l'a fait Sighele reconnaître ces cas de véritable aliénation transitoire sans disposition criminelle congénitale.

« Dans une foule, dit-il (1), un homme peut commettre un homicide sans être un criminel-né. L'ivresse morale dont il est possédé peut l'entraîner à de tels excès, et ce n'est qu'après les avoir commis qu'il comprend, comme s'il s'éveillait au milieu d'un rêve, l'énormité où il en est arrivé ; il est pris alors d'un repentir sincère et accablé de remords, sentiments inconnus aux criminels par tendance congénitale. »

Il cite ensuite le cas suivant, survenu pendant la révolution française, en 1793, et rapporté par Taine : « Tel commissionnaire du coin, très honnête homme, mais entraîné, puis soulé, puis affolé, tue cinq prêtres pour sa part et en meurt au bout d'un mois, ne dormant plus, l'écume aux lèvres, en tremblant de tous ses membres. »

Or, et en outre, d'un côté, l'état de foule crée des convictions erronées, ce qui a fait dire à Gustave Le Bon que les foules peuvent être légalement, mais non psychologiquement, criminelles, et d'autre part, au comble de

(1) Sighele. *La folla delinquente*. Torino, 1875, p. 140.

l'exaltation collective, l'influence directrice des meneurs disparaît entièrement, et l'on ne doit pas plus les en rendre responsables, selon l'expression de Tarde, qu'il ne faut faire honneur aux généraux de la bravoure de leurs soldats, mais seulement de l'excellence de leurs plans de campagne.

De ce qui précède, quelle est la conclusion pratique ? C'est que la responsabilité juridique des foules s'évanouit complètement dans les cas où le vrai délire collectif est indiscutable, et que, dans les états de foule moins intenses, la peine doit être atténuée parce que les instigateurs et les chefs sont toujours suspects d'un fort déséquilibre mental.

Il va sans dire, toutefois, que l'analyse psychologique de la foule s'imposera à chaque cas, car elle seule permet de vérifier si les chefs ou meneurs sont des criminels reconnus et dangereux, auquel cas, qu'ils soient ou non en état de foule, une répression énergique sera toujours méritée.

SUICIDE ET FOLIE

Par le Dr VIALLO

Médecin-adjoint de l'asile de Bron.

Suite (1).

DEUXIÈME PARTIE

SUICIDE ET IDÉES DE SUICIDE CHEZ LES ALIÉNÉS.

CHAPITRE PREMIER

§ I. — *Morts accidentelles dans l'aliénation mentale. Chez les aliénés le suicide doit-il toujours être considéré comme un acte de folie?* — Il est toute une catégorie d'aliénés chez qui le suicide est purement accidentel, si tant est que l'on puisse logiquement ajouter ce qualificatif au mot suicide. Nous voulons parler de la plupart des excités maniaques, des délirants par affections fébriles, par intoxications aiguës. Si ces malades se tuent fréquemment, ils ne se suicident pas au sens exact du mot; ils ne cherchent nullement la mort, mais la trouvent trop souvent, hélas! par suite du trouble de leurs idées, des hallucinations ordinairement terrifiantes ou de conceptions délirantes bizarres.

Au paroxysme de l'agitation, un maniaque se précipite d'un troisième étage et se tue sans avoir eu l'idée du suicide. Un fébricitant (typhique, paludéen, etc.), un alcoolique poursuivis par des ennemis imaginaires, des

(1) Voir les *Annales* de juillet-août 1901.

animaux féroces, trouvent dans leur fuite une mort qu'ils n'ont pas cherchée. Un malade croit dans son délire qu'il a des ailes, il se précipite dans le vide; un autre pense qu'il est si léger qu'il ne pourra s'enfoncer dans l'eau, et se noie...

Ces « pseudo-suicides » sont très fréquents, mais ne rentrent pas dans le cadre de notre travail.

Rappelons seulement ce que l'on a décrit sous le nom de « calenture » et de « the horrors », troubles mentaux caractérisés par un désir immodéré et même irrésistible de se jeter à la mer. « Toutefois, dit Falret (1), cet entraînement impérieux dans la calenture, ne peut être donné comme l'expression d'un penchant au suicide, mais comme le résultat des illusions et des hallucinations qu'éprouvent les malades. En effet, la mer leur apparaît comme une plaine semée de gazon et émaillée de fleurs; ils sont avides d'aller déployer leurs mouvements dans des plaines fertiles, fraîches et arrosées, auxquelles leur imagination prête encore l'ombrage et les parfums des bosquets les plus délicieux ».

Le « The horrors », étudié par Dietrich (2), se manifeste par les mêmes symptômes; il se produit en hiver et est puissamment aidé par les excès alcooliques. « Le the horrors, dit Dietrich, se manifeste généralement dans la saison d'hiver, lorsque, après une longue et pénible traversée, les marins, ayant mis pied à terre, se placent sans précaution autour d'un poêle ardent et se livrent, suivant l'usage, aux excès de tous genres. C'est en rentrant à bord que se manifestent les symptômes du terrible mal. Ceux qui en sont frappés sont poussés par une puissance irrésistible à se jeter dans la mer. »

Ces morts accidentelles dans la folie simplement

(1) Falret. *Du délire*, 1839, page 21.

(2) Dietrich. *Allgem. Zeitsch. für Psych.* T. II. 1854.

indiquées puisqu'elles ne constituent pas un acte suicide, nous allons aborder l'étude du suicide chez les aliénés. Nous en rechercherons les causes prédisposantes et déterminantes, nous indiquerons ses différentes modalités et les troubles physiques et psychiques qui l'accompagnent, pour étudier ensuite, dans d'autres chapitres, le suicide dans chaque forme d'aliénation mentale.

Mais, auparavant, chez les aliénés, le suicide doit-il être toujours considéré comme étant lui-même un acte de folie? Dans la grande majorité des cas, ainsi que nous le verrons par la suite, il constitue au contraire un acte parfaitement raisonné, mais subordonné à une idée délirante : il est la conséquence logique du trouble mental. On doit au contraire s'étonner de ne pas toujours le rencontrer chez certains malades. « On se demande avec effroi, dit Brierre de Boismont (1), comment des malades qui se croient empoisonnés, ruinés, persécutés, déshonorés, condamnés à mort, etc., qui très souvent sont assaillis par toutes ces idées à la fois, sans avoir un moment de relâche, et dont plusieurs ont la connaissance de leur état, peuvent supporter une pareille existence surtout avec la terreur des hallucinations. » Il faut, sans contredit, faire une large part à l'affaiblissement souvent considérable de la volonté chez les lypémaniques : ils restent plongés dans leurs conceptions délirantes qui les absorbent entièrement au détriment des autres opérations intellectuelles. On peut ajouter aussi que, chez eux, il existe souvent un trouble général des facultés, qui ne leur permet pas de réagir dans le sens logique du suicide.

Chez certains aliénés la tendance au suicide se mani-

(1) Brierre de Boismont. *Suicide et folie suicide*, page 344.

feste par des impulsions et des obsessions, et fait ainsi partie intégrante de la maladie mentale. C'est alors un trouble psychique essentiel. Quelquefois l'impulsion ou l'obsession domine toute la scène clinique et a pu légitimer le nom de folie suicide, de monomanie suicide (Esquirol). Nous verrons que ces impulsions et obsessions se rencontrent de préférence chez certains malades, les dégénérés héréditaires en particulier, et font partie des syndromes épisodiques si bien décrits par Magnan. Elles succèdent ou s'associent souvent à des impulsions ou obsessions d'autre nature.

§ II. — *Question de l'hérédité : hérédité suicide ; hérédité vésanique. Le penchant au suicide dénote presque toujours une tare mentale héréditaire.* — Qu'il soit la conséquence logique des idées délirantes, ou qu'il constitue par lui-même le trouble mental, le penchant au suicide est, croyons-nous, sous la dépendance prépondérante de l'influence héréditaire, similaire ou dissemblable, quel que soit d'ailleurs le groupe d'aliénés que l'on examine. On peut admettre, en règle générale, que lorsqu'un aliéné manifeste des tendances au suicide, il est presque certain qu'il a des antécédents héréditaires vésaniques, souvent très chargés.

L'hérédité similaire est fréquente, même pour le suicide en général. C'est ainsi que Cazauvieilh (1) dit, dans son livre du suicide : Sur 60 suicides dans le même canton et sur lesquels nous avons recueilli des renseignements très exacts, nous en avons constaté 13, soit 28 p. 100, dont les aïeux, les père ou mère, les oncles ou tantes, les frères ou sœurs, avaient attenté à leur vie ».

Ritti, dans son remarquable article du Diction-

(1) Cazauvieilh. *Du suicide, de l'alién. mentale et des crimes contre les personnes.*

naire encyclopédique, relate les nombreuses observations de suicides héréditaires empruntées à Voltaire, à Gall, Esquirol, Falret, Moreau (de Tours), Baillarger, Prosper Lucas, Lisle, Cazanvieilh, etc., et qui montrent la transmission héréditaire se poursuivant à travers plusieurs générations, le suicide s'accomplissant souvent au même âge et d'une façon identique (1).

Nous verrons plus loin le rôle considérable que joue l'imitation dans ces cas de suicides héréditaires, et la part remarquable qui revient à l'aliénation mentale.

Depuis l'article de Ritti, de nouvelles observations ont été publiées (2) : Maccabruni, Hammond, Mabilie.

Le journal le « *Temps* » rapporte aussi un exemple d'hérédité suicide (3) : « Toute une famille adoptant le même genre de suicide, la pendaison, voilà un fait assurément extraordinaire.

« Cette famille s'appelle Leclercq, et demeure rue Barquette. Quatre de ses membres se sont successivement donné la mort dans cette maison. Ils avaient planté un solide crochet dans une poutre, auquel ils attachaient une corde qu'ils se passaient ensuite autour du cou. C'est là qu'ils venaient tous mourir. Avant-hier, un jeune homme de vingt-huit ans, Charles, seul de cette famille, a suivi l'exemple de ses parents. Il a été trouvé pendu au mur, cette fois à un clou. »

Sous ce titre « L'atavisme dans le suicide », le *Républicain Orléanais* (4), relate le fait suivant : « Eugène

(1) Ritti. Article « Suicide (pathologie) ». In *Dict. encycl. des sciences médicales*.

(2) Maccabruni, cité par Déjerine (*Hérédité dans les mal. du syst. nerveux*. — Hammond, cité par Féré (*La famille névrop.*, in *Arch. de neurologie*, n° 19, 1884). — Mabilie. *An. méd. psych.* 1891, page 229.

(3) *Le Temps*, numéro du 8 septembre 1891.

(4) *Républicain Orléanais* (7 décembre 1895. In *Arch. de Neurologie*, 1896, page 87).

Obret, âgé de trente-deux ans, demeurant à Alfortville, avait plusieurs fois manifesté l'intention de se donner la mort. Hier sa femme s'absenta pendant cinq minutes à peine qui suffirent au malheureux pour mettre son projet à exécution. Lorsque M^{me} Obret rentra, elle trouva son mari pendu. Le frère du suicidé s'est noyé dans la Marne, il y a quelques mois, son père avait tenté à plusieurs reprises de se pendre, son grand-père s'était pendu. »

Nous avons eu l'occasion nous-mêmes d'observer plusieurs cas de suicides héréditaires. Dans une famille G..., nous trouvons cinq suicides; de plus, deux membres ont manifesté des idées de suicide. C'est une famille d'aliénés, de dégénérés (vésaniques, imbéciles, épileptiques).

Cette observation nous paraît intéressante, parce qu'elle nous indique bien que l'hérédité du suicide n'est autre chose que l'hérédité de la folie.

L'hérédité du suicide se confond, pour nous, avec l'hérédité de la folie : tous les suicidés héréditaires sont des dégénérés, des prédisposés à la folie, et leur suicide est lié à un trouble mental.

Pour confirmer cette parenté, il nous est facile de citer quelques exemples :

OBS. II. — Un malade, L..., est atteint de démence, et sujet à des impulsions à la violence. Son père était un alcoolique invétéré, à certains moments fou à lier; un de ses frères, ivrogne aussi, aurait tué sa femme dans un moment d'exaltation, si l'on n'était intervenu à temps; un autre frère s'est noyé; une de ses nièces s'est empoisonnée avec du laudanum; une de ses filles a eu des attaques d'hystérie, et une autre un accès d'agitation maniaque à l'âge de quatorze ans.

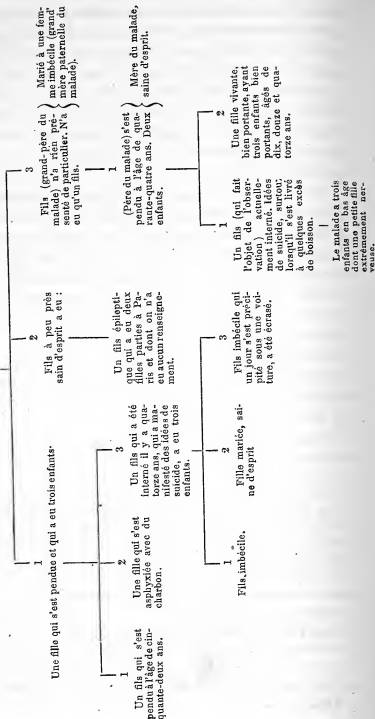
OBS. III. — Dans la famille d'un aliéné G... nous relevons : grand-père paternel dément; père original, impulsif; deux oncles paternels se sont suicidés sans avoir présenté de troubles intellectuels bien appréciables, mais aussi sans motifs sérieux.

OBS. IV. — Un troisième malade, D..., a eu aussi deux de

Observation du malade G... (Collatéraux paternels).

COTÉ PATERNEL

L..., femme G..., internée dans un asile (arrière-grand-mère du malade), a eu trois enfants.



ses oncles paternels qui se sont suicidés et une tante paternelle qui est morte aliénée.

Ce sont des exemples que nous pourrions aisément multiplier. Si nous recherchons en effet dans les antécédents héréditaires des aliénés, nous trouvons fréquemment des cas de suicide, plus que n'en signalent Brierre de Boismont, Ball et Régis (1).

A la suite de recherches minutieuses que nous avons faites sur les familles de 112 aliénés de toute sorte, nous avons trouvé une proportion bien plus considérable que ces derniers auteurs : c'est-à-dire 11 fois la tare héréditaire suicide, soit chez 10 p. 100 de nos malades. Il se peut que nous ayons eu à opérer sur une série exceptionnelle.

Esquirol avait déjà montré que dans certains cas de folie éminemment héréditaires, l'apparition de la folie avait lieu au même âge chez le descendant que chez l'ascendant, et se manifestait par la même forme mentale.

C'est là « l'hérédité parfaite » de Moreau (de Tours), celle que nous retrouvons dans bon nombre de suicides héréditaires, et qui indique que le suicide dans la folie est une des manifestations les plus ordinaires de l'hérédité. C'est d'ailleurs une relation admise par la plupart des auteurs aliénistes : « Lorsque, dans une famille, dit Cazauvieilh (2), les descendants se seront volontairement donné la mort, sans motifs connus, ou pour des causes légères ou imaginaires, qu'on remonte plus haut, qu'on examine dans quel état se trouvent leurs ascendants. Les uns ne seront-ils pas remarquables par une grande exaltation dans leurs idées, dans leurs passions, par une disposition à la colère, à la fureur, à la manie

(1) Ball et Régis. Les familles des aliénés (in *Encéphale*, 1883).

(2) Cazauvieilh. Du suicide, de l'aliénation mentale et des crimes contre les personnes, 1840, p. 20.

même? Et les autres ne seront-ils pas d'un caractère difficile, bizarre ; passant brusquement de la tristesse à la gaieté, des ris aux pleurs; des emportements à la douceur, inquiets, défiants, irascibles, difficiles à vivre, tourmentant sans cesse leurs proches, faciles à émouvoir, se contrariant pour peu de chose, s'occupant continuellement de leur santé, portés enfin à la mélancolie ou à l'hypocondrie ? »

« De toutes les variétés d'aliénation, dit Morel (1), dans lesquelles la tendance au suicide se montre comme un symptôme de la maladie principale, il n'en est point où cette funeste tendance adopte une forme plus dangereuse et plus désespérante que dans la folie héréditaire. »

« Presque toutes les affections mélancoliques, disent Ball et Ritti (2), et surtout celles à forme héréditaire, présentent comme un des symptômes les plus importants de l'impulsion au suicide ».

Maudsley (3) fait remarquer que le penchant au suicide a sa plus grande fréquence chez les aliénés héréditaires. Bouchereau (4) dit : « La mélancolie avec tendance au suicide est une des formes les plus héréditaires de l'aliénation mentale. »

Dans ses leçons cliniques, Magnan montre les familles des dégénérés héréditaires s'éteignant le plus souvent par le suicide et la stérilité.

Saury (5), Taty (6) font ressortir de leur côté la fréquence des idées de suicide chez les aliénés héréditaires. Il en est de même de Schüle (7).

(1) Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 404.

(2) Ball et Ritti. Article. Délire (*Dict. encycl. Sc. méd.*, p. 404).

(3) Maudsley. *Le crime et la folie*, 1880.

(4) Bouchereau. *An. méd. psych.*, 1886 (*Comptes rendus de la Société méd.-psych.*, 29 mars 1886).

(5) Saury. *Etude clinique sur la folie héréditaire*.

(6) Taty. *Thèse*, Lyon.

(7) Schüle. *Traité clinique des maladies mentales*, 1888, p. 423.

Pour Régis (1), le suicide est le plus souvent un vice héréditaire : « On sait, dit-il, que certaines formes d'aliénation mentale prédisposent bien plus que d'autres à l'hérédité et que le suicide, la folie à double forme, les folies raisonnantes, intermittentes ou périodiques, pour ne citer que celles-là, exposent presque fatalement la descendance. »

Chez 265 malades, classés dans la section des aliénés, avec tendance au suicide, Brierre de Boismont (2) en a trouvé 109 avec antécédents héréditaires.

De notre côté, nous avons essayé d'établir la fréquence de l'hérédité chez une partie de nos malades. Sur 112 aliénés, à idées de suicide, examinés à ce point de vue et comprenant toutes les variétés d'affections mentales, nous en avons trouvé une proportion bien plus considérable que celle indiquée par Brierre de Boismont puisque chez 70, soit 62,5 p. 100, nous relevons l'hérédité vésanique, et chez 26, soit 24,1 p. 100, une hérédité nerveuse ou congestive indubitable. Chez 250 aliénés qui n'avaient pas encore manifesté des idées de suicide, les tares héréditaires (vésaniques, nerveuses ou congestives) étaient manifestes dans 45 pour 100 des cas, soit dans une proportion moindre de moitié. Nous sommes donc autorisés, à notre tour, à regarder la tendance au suicide comme une manifestation incontestable de l'hérédité. Ce sont là des chiffres bruts ; mais si l'on distingue les différentes tendances au suicide, on voit que l'influence héréditaire s'exerce différemment suivant que l'on a affaire à des impulsions, des obsessions, des états mélancoliques ou hallucinatoires. Dans l'impulsion suicide, si l'on excepte toutefois les épileptiques (nous étudierons plus loin ce symptôme chez ces malades), les tares héréditaires

(1) Régis. *Manuel pratique des maladies mentales*, 1888.

(2) Brierre de Boismont. *Loc. cit.*, p. 340.

ditaires sont presque la règle; elles sont constantes chez les obsédés, assez fréquentes chez les mélancoliques, et plus rares dans le suicide hallucinatoire.

Dans certaines formes d'aliénation mentale (manie, paralysie générale, délire systématisé, etc.) où le suicide s'observera rarement, il est le plus souvent la conséquence de l'influence héréditaire vésanique.

Magnan (1), Garnier (2), Pichon (3), Legrain (4), Dericq ont bien montré la modification que subit le délire chez un malade par suite de causes multiples, toxiques ou héréditaires.

L'hérédité vésanique, dans chaque catégorie d'aliénés, produit un état délirant un peu spécial dont font partie les tendances au suicide. Aussi, lorsque, dans certains cas de folie où il est exceptionnel, le suicide se montre parfois, nous devons admettre qu'il ne se rattache pas le plus souvent d'une façon directe à la maladie mentale, mais qu'il trahit une influence héréditaire. C'est là une indication d'une haute portée clinique et sur laquelle nous serons obligés de revenir lorsque nous étudierons les tendances suicides dans chaque catégorie de malades.

§ III. *Fréquence des idées de suicide chez les aliénés et suivant les différentes formes d'aliénation mentale.* — On trouve dans la littérature médicale quelques notes statistiques sur la fréquence des idées de suicide chez les aliénés. Les résultats obtenus sont variables suivant les auteurs, et surtout suivant le point de vue où ils se sont

(1) Magnan. De la coexistence de plusieurs délires (*Arch. de neur.*, 1880. n° 1).

(2) Garnier. Coexistence chez un épileptique, d'un double délire (*Gaz. heb.*, 1880, n° 9).

(3) Pichon. *Des maladies de l'esprit*, 1888.

(4) Legrain. *Hérédité et alcoolisme*, 1889.

placés. Ainsi, tandis que quelques-uns ne notent que les aliénés qui se sont suicidés ou qui ont fait des tentatives, d'autres font état aussi de ceux qui ont simplement manifesté l'intention de mettre fin à leurs jours, mais qui n'ont pas essayé de se détruire, soit qu'ils aient eu la force de réagir contre le penchant au suicide, ou que la surveillance dont ils étaient l'objet les ait arrêtés dans leurs funestes projets, soit qu'ils n'aient pas eu assez de courage et de volonté pour l'accomplissement de leur dessein.

Nous regrettons que dans la plupart de ces statistiques on n'ait fait aucune distinction entre les différentes catégories de malades, que le chiffre total des admissions soit simplement comparé au nombre des individus à penchant suicide, sans examiner la fréquence de ce penchant chez les dégénérés, les mélancoliques, les maniaques, les paralytiques généraux, les épileptiques, etc. Nous croyons qu'une distinction s'impose. Aussi avons-nous adopté cette manière de voir dans la statistique personnelle que nous présentons plus loin.

Esquirol (1) fait observer que sur 1.898 femmes admises à la Salpêtrière, 198 ont fait des tentatives de suicide. Crommelinck (2) sur 2.879 admissions (1840 à 1848), relève 622 malades offrant des dispositions au suicide. Skae (3) en trouve 61 sur 265 malades. Bucknill (4) note 55 cas de tendance au suicide sur 156 admissions. Corsellis (5) fait connaître dans son rapport que sur 553 admissions qui ont eu lieu en 1851 et en 1852, il a constaté 133 cas de tendance au suicide, soit environ un quart du nombre total. Boyd (6) constate que sur

(1) Esquirol. *Loc. cit.*, t. I, p. 583.

(2, 3, 4). Auteurs cités par de Boismont (*Du suicide*, p. 336).

(5) Corsellis. In *Journal of physiol. medecine and mental pathol.* (1853).

(6) Boyd. *Journal of physiol. med. and mental pathol.* (1853).

122 malades, admis en 1851, 36, soit un peu plus du tiers, avaient la propension au suicide. B. de Boismont (1) dit que sur 862 aliénés, 115 ont eu des idées de suicide, et 150 ont fait des tentatives. Dans sa thèse, Marcel (2) constate la tendance au suicide dans la moitié des cas de folie alcoolique.

Notre statistique porte sur 776 malades admis pendant le second semestre de 1893 et pendant les années 1894, 1895, 1896, 1897 et 1898. Nous avons groupé, le plus possible, nos malades suivant le genre de trouble mental qu'ils présentaient; mais on sait la grande difficulté qu'il y a, sauf pour la paralysie générale, l'épilepsie, l'alcoolisme, l'idiotie, à classer bien sûrement un aliéné. La manie et la mélancolie ne sont que des symptômes et ne peuvent constituer une entité morbide véritable. Nous avons dû, cependant, ainsi que cela se pratique généralement pour les statistiques annuelles des asiles, laisser subsister ces deux groupes d'aliénés lorsque les symptômes mélancolie et manie sont les seules manifestations de l'affection mentale et que l'on ne peut relever, chez les malades qui en sont atteints, les stigmates physiques et psychiques de la dégénérescence. Nous avons aussi séparés des dégénérés les idiots et les imbéciles, bien que chez eux la dégénérescence soit portée à son plus haut degré.

Depuis les travaux de Magnan et de ses élèves, on sait que les différentes formes de folie, même les mieux déterminées, ne sont pas absolument pures; que des causes diverses agissant sur un individu peuvent, sinon amener des états délirants multiples, du moins apporter une modification particulière à la scène clinique. De là

(1) B. de Boismont. *Du suicide*, p. 5 (préface).

(2) Marcel. De la folie causée par l'abus des boissons alcooliques. *Th. Paris*, 1847.

encore une difficulté pour opérer un classement logique.

Ces réserves faites sur la valeur d'une classification des aliénés, voici comment se répartissent nos cas de penchant au suicide.

Sur 776 admissions, nous avons noté 129 cas de propension au suicide. Sur ces 129 malades, 91 avaient fait, au dehors, et ont fait pendant leur séjour à l'asile, une ou plusieurs tentatives. Les 38 autres ont seulement manifesté leur intention d'en finir avec l'existence, et, sans la surveillance constante dont ils étaient l'objet, auraient certainement mis leur projet à exécution.

Genre de folie,	Malades admis.	A tendance au suicide.	Proportion p. 100.
Mélancolie.	130	52	40
Dégénérés.	179	47	26,25
Hystérie.	10	2	20
Alcool et morph.	58	10	17,24
Délire de persécution . .	25	3	12
Epilepsie.	35	2	5,71
Paralysie générale. . . .	123	6	4,87
Démence.	108	5	4,62
Imbécillité et idiotie. . .	30	1	3,33
Manie.	78	1	1,28
Totaux.	776	129.	16,57

La tendance au suicide est donc surtout marquée chez les mélancoliques, les dégénérés, les hystériques et les alcooliques, tandis qu'elle est rare dans les autres formes de folie.

Nos 127 cas nous donnent une proportion de 16,57 p. 100 sur le chiffre des admissions, proportion bien inférieure à celle de Brierre de Boismont (30,74 p. 100), Corsellis (24,95 p. 100), Boyd (29,5 p. 100), mais se rapprochant, quant aux aliénés ayant fait des tentatives, de celle admise par Esquirol (10,43 p. 100).

Ce chiffre de 129 n'est assurément que très relatif, et il est certain que beaucoup de malades admis et n'ayant

pas encore présenté d'idées de suicide, pourront, dans la suite, par le fait de l'évolution de leur vésanie, à l'occasion d'un accès de dépression mélancolique, d'un état anxieux plus prononcé, d'une impulsion qui se manifeste pour la première fois, chercher à mettre fin à leurs jours.

Notons aussi que certaines idées de suicide chez les aliénés ne paraissent nullement liées à leur état mental, mais sont la conséquence directe de l'internement. Nous reviendrons sur ce point particulier, quand nous aborderons le chapitre du traitement.

Nous ne voulons rappeler que pour mémoire quelques statistiques, qui ont été faites surtout en Allemagne (1), sur la fréquence des suicides dans les asiles, fréquence qui varie, suivant les auteurs, de 1,7 p. 100 à 6 p. 100 des aliénés décédés. Ces suicides sont toujours imputables à un défaut de surveillance, et n'offrent aucun intérêt clinique, ni même statistique.

(1) A l'asile de Sachsenberg, il y a eu 22 cas de suicide sur 447 décès, soit 5 p. 100. A Halle, le suicide s'est produit dans une proportion de 4,7 p. 100. A Illenau, dans une proportion de 3 p. 100; à Wurtzburg, de 6 p. 100. (*An. méd. psych.*, 1870, p. 341.)

(A suivre.)

DU LANGAGE CHEZ LES IDIOTS

Par le Dr L. MAUPATÉ

Médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Bailleul.

Mémoire récompensé par la Société médico-psychologique.

Prix Belhomme.

Suite (1)

IV. — LANGAGE ÉMOTIONNEL, PRIMITIF (RÉFLEXES EXPRESSIFS).

Nous désignerons ainsi l'expression inconsciente et, en tous cas, involontaire, d'un besoin ou d'une sensation chez l'enfant ou l'idiot encore privé du langage proprement dit. Il s'agit de ce que certains auteurs qualifient de langage naturel ; mais nous avons vu que cette dénomination est employée par d'autres dans un sens tout différent. Le nom de langage réflexe conviendrait mieux à ce que nous allons étudier ; mais ce terme est déjà appliqué couramment, chez l'adulte, à quelque chose de différent, aux paroles qui nous échappent naturellement dans certaines circonstances de la vie (comme *Bonjour, comment allez-vous?* à l'approche d'une personne connue, qui répondra *Pas mal, merci, et vous?* et se plaindra peut-être, un instant après, d'être souffrante). Ce langage réflexe, ou machinal, de l'adulte, a été étudié par Robertson (*Journal of mental science*,

(1) Voir les *Annales* de juillet-août 1901.

avril 1888); ne correspondant pas à une pensée, il persiste longtemps chez les déments.

Bien que constitué en grande partie par des mouvements et des jeux de physionomie, ce langage primitif ne doit pas davantage être confondu avec les gestes intentionnels. Un enfant de douze mois, cité par Perez, se trouve rapproché d'un objet fumant, et fait un geste de répulsion en imitant avec ses lèvres le bruit d'une personne qui souffle sur la soupe chaude : c'est là du langage véritable, il y a preuve d'une association d'idées très nette se manifestant intentionnellement par le mouvement qui a déjà servi pour refroidir de la soupe ; peu importe qu'il y ait généralisation exagérée de ce mouvement. Il n'en est pas de même de l'enfant de quelques jours ou de l'idiot qui poussent au contact d'un corps trop chaud un cri inarticulé, le même qui servirait pour toute sensation pénible : là où il n'y a encore ni idées ni volonté, il ne peut y avoir langage intentionnel.

Beaucoup d'auteurs ne considèrent pas ces phénomènes comme du véritable langage, car ce ne sont, en réalité, que des signes qui nous renseignent sur l'état de l'enfant, mais à son insu ; et en poussant la chose à l'extrême, on finirait par comprendre dans le langage tous les mouvements d'un adulte et les signes physiques d'une maladie, puisque ces mouvements et ces signes peuvent nous renseigner également sur cet individu. Mais on comprend qu'en l'absence du langage et des gestes volontaires, ces manifestations prennent chez l'idiot une grande importance. « Le rire qui se rencontre de bonne heure chez l'enfant, dit M. Perez, est manifestement un acte réflexe. » C'est vrai ; mais, bien qu'involontaire et inconscient, ce premier rire de l'enfant nous met au courant de son état d'âme aussi nettement que s'il disait : c'est beau, bon ou drôle ; et ce réflexe

même manque chez certains idiots. Et puis, ces réflexes expressifs sont les éléments du futur langage intentionnel, et le passage des uns aux autres est bien intéressant, mais difficile à noter.

Même dans ce langage purement émotionnel il y a des degrés, et on les rencontre tous chez l'idiot. On peut le considérer à un double point de vue, et étudier les différentes sensations, en recherchant comment elles sont exprimées, ou inversement, partir de l'expression, du cri par exemple, pour remonter à la sensation (nous n'osons dire à l'idée) à laquelle elle est liée ; c'est par cette dernière méthode que nous commencerons.

Bien que primitif, ce langage est, de tous, le plus difficile à étudier, car il exigerait l'examen prolongé, jour et nuit, du même malade pendant longtemps ; il se traduit par des modifications de l'organisme que nous ne connaissons guère, chez l'individu normal, que comme auxiliaires de la parole ou des gestes, plus difficiles à analyser et à interpréter quand ils sont isolés.

A son degré le moins élevé, ce langage émotionnel se traduit chez l'idiot par un cri monotone, souvent très aigu et durant des heures entières. Comme le fait remarquer M. Sollier, les mères disent souvent, en parlant de leur enfant idiot : il n'a fait qu'un cri jusqu'à tel âge. Ce cri ne correspond à aucune cause connue ; l'absorption des aliments, la miction, la défécation, le changement de linges si l'enfant est souillé, rien ne le modifie ; on suppose qu'il s'agit d'un malaise, mais quelle en est la nature ? Chez deux de nos malades, c'étaient de véritables hurlements. Ce cri sans motif connu peut coïncider avec l'absence de toute manifestation des besoins même les plus impérieux. Il existe parfois pendant le jour, mais bien plus souvent la nuit (le fait est consigné dans l'observation de deux de nos malades dont les hurlements empêchaient de dormir quiconque

couchait dans le dortoir voisin); et ces idiots, bruyants la nuit, sont souvent somnolents le jour.

D'autres sont plutôt mornes, indifférents à tout; nous en avons un cas bien net.

Calmes ou agités, ces idiots peuvent-ils seulement être comparés au nouveau-né normal qui, du moins, se tait quand il a fini de téter? Contrairement au nouveau-né, un jeune microcéphale de cinq ans, qui ne paraît pas souffrir, ne crie guère qu'après avoir mangé, et pendant un quart d'heure, sans que rien puisse le calmer.

A un degré un peu moins rudimentaire on retrouve ce même cri non différencié, mais s'appliquant à une cause palpable. On ne distingue pas au cri si l'idiot a faim, est sale, etc., mais on sait au moins qu'il exprime quelque chose, et qu'on peut calmer ses cris en lui donnant à manger ou à boire, en le nettoyant, etc.; c'est ce que remarquent spontanément les personnes qui soignent un de nos idiots.

Que ces cris deviennent variés suivant la nature du besoin ou de la sensation, et ils mériteront vraiment le nom de langage, puisqu'ils peuvent être compris. Sur ce point, nos observations sont un peu en défaut; ne pouvant être jour et nuit auprès des malades, nous devons, à notre vif regret, nous en rapporter à l'observation des infirmières, qui, souvent, ne trouvent pas de différences dans les cris, suivant les besoins. Pourtant les cris provoqués par nous diffèrent souvent des cris spontanés. Une idiote de onze ans, qui pousse spontanément de vrais hurlements, réagit à une forte piqûre par un cri plus aigu, mais plus bref et moins fort; peut-être cette piqûre est-elle moins douloureuse que les sensations internes qui causent ces hurlements. Un autre, qui pousse des cris forts et prolongés après avoir mangé, dit seulement *la* bref et à voix basse quand on le

pique fort. Un troisième, dont la voix comporte un assez grand nombre de sons articulés, dit *ha* d'une octave plus aiguë s'il voit un objet qu'il désire.

Cette différenciation des cris se traduit surtout en pleurs et en rires. Tous les idiots ne pleurent pas ; nous en avons au moins trois exemples, chez des êtres tout à fait inférieurs (leurs cris ne sont pas spasmodiques comme des sanglots et ne s'accompagnent pas de larmes) ; peut-être cette absence de larmes n'est-elle qu'un pur hasard, et nous ne voudrions pas dire que les larmes manquent toujours chez les idiots profonds ; car nous les avons trouvées, exprimant la faim ou la douleur d'une chute à terre, chez deux idiots incapables de reconnaître leurs parents. Pourtant les idiots qui pleurent sont en général susceptibles d'un certain degré d'éducation qui se traduira, par exemple, par des essais de langage spontané, des gestes intentionnels, la compréhension d'ordres élémentaires ; d'ailleurs, les pleurs sont rares chez les animaux.

Pareille remarque peut s'appliquer au rire, qui, dit Rabelais, est le propre de l'homme. Il manque chez quatre de nos idiots réduits aux cris inarticulés ou aux hurlements, incapables de reconnaître leurs parents, de manifester aucun besoin ou de saisir leurs aliments. Pourtant un petit hydrocéphale de sept ans, qui semble en avoir à peine quatre et reste constamment alité, immobile et inconscient, paraît sourire quand, la lampe à la main, la veilleuse s'approche de son lit ; mais n'est-ce pas une illusion ? Cet enfant, qui ne semble rien voir et ne suit des yeux aucun objet, semble sourire parce que pendant le sommeil, comme le pense Preyer, le sentiment habituel de malaise est absent du visage. D'autres idiots aussi profonds sourient ou rient aux éclats dès qu'on les caresse ou qu'on leur parle doucement. Chez un autre, le rire bruyant est à peu près le seul mode de

cri, et se produit sans cause connue. Un dernier, qui ne manifeste pas ses besoins, même la faim, rit beaucoup quand on lui parle doucement, même en lui disant les plus grosses injures ; une piqure provoque également le rire. On peut donc se demander si, chez ces individus à l'intelligence rudimentaire, le rire correspond toujours à des impressions joyeuses, ou si ce n'est pas une simple variété du cri pouvant exprimer toutes les émotions, même tristes. Peut-être aussi, comme le fait remarquer Preyer, avons-nous tort de regarder comme rire un cri saccadé coexistant avec une expression de la physionomie rappelant le sourire : « Chaque fois que l'enfant écarte les lèvres, dit-il, on a coutume de voir là un sourire. » En somme (et contrairement à l'opinion de M. Sollier, qui regarde le rire et les larmes comme exceptionnels chez les idiots profonds situés au-dessous de l'animal), nous croyons que l'expression du rire ou du sourire n'est pas rare chez l'idiot bien portant physiquement, quel que soit son degré intellectuel, quand on le caresse, qu'on lui parle doucement ou qu'on le chatouille, ou même pendant le sommeil.

Si, maintenant, nous examinons à un autre point de vue ce langage réflexe, nous voyons que, de toutes les sensations, c'est peut-être la faim qui est le plus souvent exprimée, chez l'idiot comme chez l'enfant, car c'est le besoin le plus impérieux, celui dont la satisfaction est le plus indispensable à la conservation de l'espèce. Sans doute, nous n'avons pu l'étudier chez tous les idiots, nourris suffisamment et assez régulièrement pour n'avoir pas à manifester cette sensation, mais nous avons parfois sur ce point le témoignage des parents. La faim ne se manifeste pas toujours chez les idiots complets : certains d'entre eux ne crient pas davantage à l'heure du repas ; la vue ou l'absorption d'aliments ne modifient pas leurs cris ; nous en connais-

sons même un qui crie surtout après avoir mangé ; un autre mange tant qu'on lui présente des aliments, au risque d'avoir une indigestion (la réplétion de l'estomac ne se manifeste pas plus que sa vacuité). Pourtant il est fréquent, chez des idiots même avancés, de voir les cris cesser après l'absorption d'aliments ; et c'est à cela, à l'heure à laquelle ils se produisent, et à l'absence d'autres causes, qu'on juge qu'ils expriment la faim. Beaucoup d'idiots ne saisissent même pas les aliments placés à leur portée, et cependant avancent les lèvres et absorbent la nourriture si on l'approche de leur bouche. Quant aux gestes différenciés, ils sont rares : « Les idiots les plus complets, dit Griesinger, ne manifestent le besoin de la faim que par de l'agitation et des grognements ; ceux chez qui la dégénérescence est un peu moins profonde remuent un peu les lèvres ou plèrenent jusqu'à ce qu'on leur donne quelque chose. » — « Les idiots même les plus profonds, dit M. Sollier, éprouvent le besoin de la faim, qu'ils expriment par des cris, des mouvements désordonnés quand approche l'heure du repas ; mais rien, dans leur attitude, dans leur physionomie, ne témoigne de la sensation quand le besoin est satisfait. » Cependant le petit D... criait quand il avait faim, humait lorsqu'il avait soif. Notons, enfin, que la faim est la sensation qui, la première, se traduira par un langage spécial, par des gestes nous semblant intentionnels (comme de frapper sur la table, montrer l'armoire où on met le pain) ; c'est aussi un terme désignant les aliments qui, souvent, sera le premier mot prononcé.

La douleur se manifeste peut-être aussi souvent et même plus nettement que la faim. Quand un idiot complet pousse des cris sans cause connue et ne paraissant pas dus à la faim ou à la saleté, nous supposons qu'il s'agit d'un malaise général, surtout si l'idiot est chétif

(et le fait est que ces cris sont bien plus rares chez les idiots jouissant d'une bonne santé physique), mais nous n'avons aucune preuve qu'il souffre réellement. Quant à la douleur provoquée, c'est autre chose. « La sensibilité tactile, dit M. Sollier, est très obtuse en général chez les idiots, mais elle l'est toujours d'une manière uniforme, et non par plaques. Chez les idiots profonds, on peut quelquefois se demander s'il n'y a pas anesthésie complète; on en voit qui s'écorchent, se rongent les doigts, se déchirent la joue jusqu'à l'oreille sans manifester la moindre sensation douloureuse, car il est bien certain que s'ils ressentaient la douleur ils s'arrêteraient; le contact, la piqûre, le chatouillement ne sont pas sentis. » Pour notre part, nous n'avons pas trouvé d'anesthésie aussi complète; mais il est certain que les réactions à la douleur et au contact sont légères et fugitives, cessant souvent en même temps que cesse le contact de l'agent vulnérant. Tout d'abord, d'après nos observations, la piqûre ou le pincement ne produit rien; puis, si on pique plus fort, sensation d'étonnement se traduisant, suivant les individus, par l'arrêt des cris, une grimace, un léger mouvement de la face, l'arrêt du balbutiement, ou l'aspect étonné du visage; puis, si la piqûre continue et devient plus forte, un petit cri sec, bref et bien moins intense que les cris spontanés, et retrait du membre blessé. Seul de tous les idiots profonds, Cél. D... crie très fort s'il est piqué; Is. R... rit aux éclats; Al... P... caresse la main blessée.

Nous avons vu plus haut les manifestations de la joie. Nous n'étudierons guère la crainte et la colère : ce sont, non des sensations, mais des sentiments dénotant un certain développement intellectuel, et qui sont rudimentaires chez les idiots inférieurs. L'idiot est souvent timide, mais nous ne l'avons pas trouvé foncièrement craintif, comme M. Sollier. Par contre, comme lui,

nous avons observé des accès de colère « au cours desquels il ne s'en prend qu'à lui-même et aux objets inanimés, trépigne, fait des grimaces, se mord souvent la main gauche, tandis qu'avec la droite il frappe ce qui l'entoure et donne des coups de poing ». Mais est-ce toujours véritablement de la colère? Nous ne voyons, dans tous ces actes, que des impulsions violentes, et non une émotion, comme la colère, qui doit avoir été provoquée par un motif quelconque, fût-il insignifiant.

Nous voulons seulement insister, maintenant, sur un fait bien connu de tous ceux qui ont étudié les idiots, mais dont ils ne parlent pas à propos du langage : les besoins naturels (miction, défécation et le malaise qui doit accompagner le gâtisme) ne sont pas exprimés, non seulement chez les idiots inférieurs qui ne font que crier, mais même chez certains qui sont capables d'émettre des sons très différenciés, souvent dissyllabiques ou polysyllabiques, de répéter des mots, de comprendre des ordres. Tandis que le fils de Preyer, par exemple, avant même de produire des sons articulés, avait, à quelques semaines, des cris ou des expressions de physionomie différenciés suivant qu'il avait faim, voyait quelque chose d'agréable, était souffrant ou souillé par les matières, on voit des idiots qui, comme Cél. D..., sont capables de tendre la main ou la joue pour répondre à un ordre ou à un geste, et dont cependant les cris ne semblent pas modifiés par l'absorption d'aliments (à plus forte raison ne manifesteront-ils pas le besoin de miction ou de défécation); deux autres qui comprennent quatre ou cinq phrases simples, et qui font des efforts pour répéter *tartine, le pain, merci, bonjour*, n'ont pas de cris différenciés pour les besoins naturels et restent souriants au milieu de leurs excréments; même remarque pour un autre gâtenx inconscient, dont on ne peut reconnaître s'il a faim, et qui

pourtant balbutie de nombreux monosyllabes et dissyllabes, et pour un dernier qui comprend un certain nombre de phrases, même assez compliquées (telles que *donne les clefs à M. le docteur*). Mais, dira-t-on, ils ne sentent pas ce besoin : c'est là jouer sur les mots ; nous étudions ici, non le langage intentionnel exprimant les sensations perçues, mais les réflexes expressifs, inconscients : or, ces réflexes manquent fréquemment.

Nous étudierons à propos de la parole le passage du cri à la voix, et les sons plus ou moins articulés qui sont les éléments de la parole, bien que ces sons soient d'abord involontaires et inconscients, et, chez certains idiots, restent toujours purement réflexes, simples mouvements de relâchement des organes d'articulation ; avec le langage mimique sera étudié le passage des gestes involontaires aux gestes intentionnels.

Nous allons, maintenant, arriver au véritable langage chez les idiots et commencer par la parole, bien que, normalement, elle n'atteigne son maximum de développement qu'après les gestes : telle est son importance, qu'elle représente le type du langage, et les remarques qu'elle nous suggérera nous permettront d'être plus bref pour les autres formes du langage. Pour la même raison, bien que l'enfant comprenne ordinairement la parole des autres avant de parler lui-même, nous commencerons cette étude par les troubles d'ordre expressif.

V. — LANGAGE INTENTIONNEL. — LA PAROLE CONSIDÉRÉE COMME EXPRESSION DE L'INTELLIGENCE.
(DYSLOGIES.)

Il peut sembler étrange d'étudier l'intelligence à propos du langage, et pourtant certains troubles évidents de la parole sont indubitablement d'origine intel-

lectuelle. Je constate, par exemple, que telle expression manque dans le vocabulaire d'un individu : c'est évidemment un fait qui concerne la parole, et qui peut être dû à un trouble d'articulation ou de la fonction langage si le mot est trop difficile à prononcer ou échappe à l'esprit, mais qui peut être d'origine intellectuelle si cette expression désigne une idée que l'individu n'est pas assez intelligent pour concevoir.

Le premier point à considérer, c'est le contenu du discours. Certains idiots parlent spontanément, font des réflexions montrant qu'ils pensent, et on peut dire que la parole est plus développée chez eux que chez ceux qui ont un vocabulaire plus développé, mais ne l'emploient pas spontanément. Un jeune idiot de douze ans nous interrompt à plusieurs reprises pour dire : « *Tu sais écrire sur le papier. Monsieur le Docteur, il y a des images ici. Tu ris... Il y a des figues là, dans le papier; tu vas en donner tout à l'heure. Demain, après la visite, il faut apporter du chocolat pour moi... Tu as fini écrire; tu vas partir.* » N'y a-t-il pas ici l'indice d'une certaine attention, rare chez les idiots? Dans les mêmes conditions, une autre idiote fait aussi quelques remarques fort à propos, malgré sa timidité : « *T'es malade, vous? Je voudrais bien travailler pour être femme de chambre chez le médecin. — Tu vas brûler tes mains.* » Même dans ses réponses, il y a une initiative qui permet de les assimiler à des remarques spontanées : « *D. Veux-tu travailler chez le Directeur? — R. Non, j'aime pas. — D. Chez qui veux-tu travailler? — R. Vous. — D. Combien faut-il te payer? — R. Ai pas besoin de sous. — D. Veux-tu une figue? Prends-la. — R. Suis honteuse : voler.* » Nous pourrions citer d'autres cas de langage spontané chez les idiots. Il faut pourtant savoir que ce langage, en apparence spontané, peut n'être qu'un rabâchage : nous en verrons plus tard un exemple.

D'autres idiots (et c'est la généralité de ceux qui parlent) ont à leur disposition un vocabulaire plus ou moins étendu, dont ils ne se servent pas d'eux-mêmes pour converser, en créant des phrases : ils répondent, mais ne questionnent pas; les mots, pour eux, sont moins un moyen de communication qu'une personnification de l'idée (1).

Le vocabulaire des idiots est parfois limité à quelques mots; mais il peut arriver à être assez varié : nous l'étudierons plus loin au point de vue grammatical ou syntaxique; actuellement, nous noterons seulement les idées à travers les mots.

Les idiots n'emploient guère les mots représentant des abstractions; les plus cultivés disent bien : *Voulez-vous avoir l'obligeance ou la bonté*; mais, pour eux, comme d'ailleurs pour la plupart des gens sains d'esprit, c'est une pure formule de politesse. Contrairement à Locke et à Condillac, Perez pense que les idées abstraites existent chez les petits enfants : elles nous semblent rares chez l'idiot, même un peu éduqué; c'est pour cela que les plus intelligents ne peuvent guère calculer. D'ailleurs, les notions concrètes nous sont fournies par les sens, les idées abstraites par le langage, quand les autres notions sont acquises; mais, comme le fait remarquer M. Sollier, ces notions concrètes que l'enfant possède vers deux ou trois ans, l'idiot met dix ans et plus, parfois même toute sa vie, à les acquérir, et les idées abstraites ne peuvent se former.

Sans refaire toute la psychologie de l'idiot, rappelons que, pour M. Sollier, « c'est l'appréciation des ressem-

(1) Le langage nous sert, non seulement à communiquer l'idée, mais encore à la fixer en nous permettant de nous représenter, par l'image verbale ou auditive d'un mot, l'ensemble des qualités qu'il désigne et qu'il eût fallu, sans cela, décrire.

blances qui prédomine chez eux; ils ne saisissent que les rapports grossiers et superficiels; ce qui les frappe le plus, c'est la couleur et la forme. Les idiots se servent de termes généraux, comme les sauvages, parce qu'ils ne saisissent que les rapports de ressemblance (et non de différence, ce qui serait nécessaire pour généraliser); tout fruit rond devient pour eux une pomme si le premier fruit qu'ils avaient vu de cette forme était une pomme ». En effet, nos idiots appellent *bonbon* les figues et le raisin, *orange* des figues et autres fruits, *tarte* des gâteaux secs, *bâton* un porte-plume, et *livre pour la musique* le cahier de pharmacie. Pourtant l'un d'eux appelle au contraire *velours* ou *coutil* mon pantalon de drap, parce que ses vêtements sont en coutil ou en velours : il a donc généralisé; mais, tandis que les précédents désignaient un objet par le nom d'un autre plus ou moins semblable, il confond l'objet avec la matière dont il est fait en général.

M. Sollier remarque qu'on arrive facilement à donner des habitudes de politesse aux idiots. Les mots *bonjour* et *merci* sont parmi les quatre ou cinq premiers que prononcent les jeunes idiots qui ont commencé à parler ici (c'est peut-être artificiel, mais l'essentiel est qu'ils les prononcent, souvent spontanément). A la visite, la petite Marie H..., âgée de six ans, se lève à notre arrivée, s'avance vers nous, et, agitant la main, dit *ayou* ou *payou* (bonjour); quand on lui offre un bonbon, elle pense souvent d'elle-même à dire *ati* (merci), et souvent même remercie à l'avance si on la fait languir un peu après une friandise; sans comprendre le sens étymologique et symbolique de ces mots, elle en perçoit le sens général, et les applique à propos. Beaucoup d'idiots sont dans le même cas.

Le délire est très rare chez les idiots : c'est dire qu'on ne trouvera pas chez eux des expressions stéréotypées

ayant trait à leurs idées courantes (paralogie thématique de Küsmal).

De même pour les néologismes. « Chez les idiots, dit M. Séglas, les sons mal articulés, les cris informes, ne peuvent être pris pour des néologismes », à moins qu'on ne désigne ainsi « des mots mal articulés, des syllabes sans autre lien d'association que la consonance, et faisant ressembler leur langage à celui des enfants qui disent *nounou* pour nourrice, et *dada* pour cheval ». Ce langage formé de syllabes redoublées est, au contraire, très fréquent chez l'idiot; mais, si ce sont des néologismes en fait, ce ne sont pas des troubles intellectuels comme les néologismes des déments ou des délirants, mais une des étapes du développement du langage, comme chez l'enfant, et c'est à propos des dysphasies que nous en parlerons. Ajoutons qu'il faut aussi éviter de considérer comme néologismes chez les idiots les mots défigurés par des défauts d'articulation, tels que *gannipanni*, employé par une idiote pour dire grand'mère, ou *émintou* qui, pour un autre, représente un franc (est vingt sous); dans le langage d'un troisième, *moutar* signifie tantôt montarde et tantôt moustache, et *assié* s'applique aussi bien à casquette qu'à assiette. On voit qu'ici il ne s'agit pas d'une nouvelle acception d'un mot connu, mais d'une prononciation vicieuse d'un terme dont l'image verbale existe dans l'esprit du malade; dans les néologismes, au contraire, l'image verbale auditive et l'image verbale motrice sont également faussées. En résumé, chez les aliénés (délirants), les néologismes sont souvent des troubles intellectuels; chez les idiots, ce sont plutôt des troubles du langage proprement dit, ou de l'articulation.

Pareille remarque peut se faire à propos de l'emboïalalie, des paraphrases, périphrases, allégories, sentences, assonances, calembours, et de l'écholalie : tous troubles

que M. Ségla classe avec juste raison parmi les dyslogies chez les aliénés, et que nous étudierons avec les dyphasies chez les idiots. Avec les troubles du langage proprement dit nous classerons les fautes de grammaire et de syntaxe, que M. Ségla a raison d'étudier parmi les dyslogies chez les aliénés : le délirant qui parle de lui-même à la troisième personne pourra mettre ainsi en évidence un dédoublement de la personnalité; la même tournure de phrase employée par un idiot montre seulement que le langage n'est pas complètement développé chez lui.

La rapidité du débit peut être modifiée par des troubles des organes d'articulation; mais ses modifications peuvent être aussi d'ordre intellectuel, même chez l'idiot, et c'est à ce titre que nous les étudierons ici.

« Dans l'idiotie, dit M. Ségla, la diminution ou la perte du langage n'est souvent que la manifestation de la confusion et de la pauvreté des idées (1). » A vrai dire, nous n'avons pas rencontré de cas de bradylalie. Le mutisme peut aussi être volontaire; bien que pauvres en idées, les idiots peuvent avoir des moments d'entêtement : nous en avons observé un cas. Enfin le mutisme relatif peut tenir à un défaut d'attention : Eug. L... ne paraît pas m'entendre ou me comprendre, il ne répond pas, mais au bout de quelques minutes il dit spontanément : *des vaches là, de la paille là-bas* ; son attention était ailleurs.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, la rapidité de la parole est généralement moyenne ou augmentée chez l'idiot. Le balbutiement dénué de sens par lequel certains idiots exercent leurs organes d'articulation,

(1) Telle est aussi l'opinion d'Itard; pour Séguin, au contraire, beaucoup d'idiots ne parleraient pas parce qu'ils ne savent pas se servir de leurs organes. — Bourneville adopte une opinion mixte.

comme les enfants, est rapide, mais l'intelligence n'y intervient pour rien : une petite aveugle répète vingt ou cinquante fois de suite *tibitibince*, et une autre idiote dit non moins vite *exssététototutu*. Mais la rapidité du débit peut exister aussi pour la prononciation volontaire de mots ou de phrases entières, seulement les phrases sont très courtes; l'idiote pense de nouveau, et émet une nouvelle phrase courte; chaque phrase en particulier peut être plus rapide, mais l'ensemble est plus lent que la normale, en raison des pauses; l'idiote ne peut à la fois parler, et penser la phrase suivante.

Il semble que certains idiots parlent sous l'influence d'impulsions vocales, par bonds en quelque sorte; cette rapidité peut conduire à un phénomène qui semble d'abord un trouble d'articulation, mais qui, en réalité, est d'origine intellectuelle : le bredouillement. « Les bredouilleurs, dit Küssmaul, précipitent leur débit, ne prennent pas le temps de grouper distinctement sons et syllabes sous forme de mots, avalent des syllabes et des mots entiers, surtout à la fin des phrases, et même des phrases entières : les idées vont plus vite que les mots. » Nous ajouterons que, sous cette forme d'impulsion à parler, les mots sont souvent répétés deux ou trois fois consécutives. A une question Em. Tr... répond : « *Fé m'sieu, fé m'sieu, fé m'sieu, fé m'sieu; bajou, m'sieu, m'seu, m'seu; dééta, m'seu; dééta, m'seu* » (Oui, monsieur; bonjour, monsieur; directeur, monsieur). De même, si on demande à An. S... sa profession, il dit très rapidement : « *M' cocher, d' Cocher, cocher évaux, voitu et fia; hue, hue, hue cocher!* » (Cocher de chevaux, voitures et fiacres); et dans sa bouche aller travailler dehors devient *étruyé lého*. Ce n'est pas l'activité de la pensée qui fait bredoniller les idiots; on conçoit pourtant que chez eux se produise une sorte d'impulsion vocale causant l'expulsion aussi rapide que possible du mot, puis

le centre du langage a fonctionné trop violemment pour pouvoir se calmer, d'où répétition plusieurs fois de suite du même mot, jusqu'à ce qu'il soit calmé. Le bredouillement ne devra pas être confondu avec le bégaiement, autre trouble spasmodique : l'attention augmente le bégaiement, et diminue le bredouillement; d'où fréquence du bredouillement chez les idiots, incapables d'attention.

Nous devons encore signaler une modification de la rapidité, que nous appellerons parole explosive. Pier... dit : « *Vefui... arumé... alagoge... vouraibien... aroi... ubouteille... defiro... poufaire... paféça...* » (Je suis enrhumé à la gorge, je voudrais bien avoir une bouteille de sirop pour faire passer ça.) En dehors des troubles de prononciation des sons (mogilalie), on voit que le langage est scandé, mais autrement que dans la sclérose en plaques où la scansion se fait après chaque mot (ici elle a lieu après des ensembles de deux ou trois syllabes, que cet ensemble représente un, deux ou trois mots; de plus, ici, chaque ensemble est articulé rapidement, et avec une sorte d'explosion sur une des consonnes). Ce n'est pas davantage du bégaiement, car le malade parle toujours ainsi, quel que soit son degré d'attention ou d'émotion; il n'y a pas, comme pour le bégaiement, de répétition de syllabes; enfin l'arrêt, bien plus bref ici, a toujours lieu en dehors de la consonne explosive, et non sur cette consonne. Nous croyons que ce trouble est complexe, tout en se rapprochant davantage du bégaiement.

(*A suivre.*)

Médecine légale

DES ACTES TESTAMENTAIRES

DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX

Par le Dr ROUBY

Je me suis trouvé comme médecin aliéniste mêlé à deux procès concernant des testaments signés par des paralytiques généraux. Il s'agissait de savoir si les actes de ces malades étaient valables; nous raconterons ce qu'il en advint; puis, généralisant la question, nous irons plus loin, et nous rechercherons si les donations ou legs faits par des paralytiques généraux doivent être frappés de nullité ou bien s'il faut les regarder comme valables. Ce sera la conclusion de ce travail.

Voici les deux observations; j'en ai retranché autant que possible tous les détails inutiles à l'histoire de ces procès, me contentant d'énumérer, sans les décrire, les symptômes principaux présentés par ces malades; il nous suffisait de prouver que nous avions bien affaire à la paralysie générale.

M. X... est âgé de quarante-trois ans, fort, vigoureux, sans tares héréditaires. Dans sa jeunesse, il a eu la syphilis; son médecin l'affirme. Il s'est marié tard avec une femme jeune, forte et bien constituée; trois avortements et un enfant venu au monde non viable, tel est le bilan de cette union; c'est aussi la preuve que la syphilis était chez lui à l'état latent. Sans avoir la répu-

tation d'un ivrogne, sans qu'on s'aperçoive de moments d'ivresse, il a l'habitude de boire en assez grande quantité, de l'absinthe et des liqueurs fortes ; il fait comme tout le monde dans son pays, me dit sa femme.

Au mois d'avril 1897, on s'aperçoit d'un changement dans l'état de M. X... Conseiller municipal, très assidu d'habitude, il oublie d'assister aux séances ; il est lent à comprendre ce qu'on lui dit et s'exprime avec difficulté ; lorsqu'on lui parle, il a parfois les yeux hagards et ne suit plus la conversation ; souvent il déraisonne. Il vend sans nécessité et à bas prix un café qu'il exploitait avec profit, pour acheter une boulangerie qu'il revend deux mois après avec perte et sans y être forcé, parce qu'un acheteur le lui propose et le presse un peu.

A partir de cette vente, qui date du 19 mai 1897, la maladie prend un caractère plus aigu et ne peut plus être cachée ou excusée : une personne étant venue encaisser une somme, M. X... prend le reçu, éclate de rire et le met dans sa poche sans prononcer un mot, oubliant de verser l'argent ; aux réclamations du porteur il ne répond rien, le regarde avec des yeux étonnés et lui tourne le dos.

Quelques jours après, il est pris d'un accès de folie aiguë qui nécessite l'intervention du médecin ; on le voit sur son balcon gesticulant, parlant seul, tenant d'une main un morceau de viande et de l'autre un paquet de légumes.

A ce moment, il se croit ruiné par la vente de sa boulangerie, et lorsqu'il en parle, c'est pour le crier ; trompant la surveillance dont il est l'objet, il s'échappe un jour dans la rue, tenant une liasse de billets souscrits à son ordre ; il en offre aux passants, pour se procurer, dit-il, de l'argent. Dans ses relations d'affaires, il commet plusieurs erreurs de chiffres à son préjudice ; comme on lui parle, dit un témoin, d'une entreprise qui l'intéresse, il reste muet, regarde les gens d'un air effaré, devient soucieux, paraît absorbé par d'autres pensées, puis, baissant la tête, il s'en va, sans répondre et sans dire adieu. Au moment de s'embarquer pour être interné, il ne demande pas où il va ; au moment de monter dans le canot, il s'écrie : « Je suis ruiné, je ne veux pas me promener. » Dans la barque, il boit de l'eau de mer dans le

creux de sa main ; sur le bateau à vapeur, il pousse des cris : « Je suis condamné à mort par le gouverneur ; il vaut mieux donner un million que ma tête ; j'écris au président de la République ; ma tête vaut un million. » Tous les témoins de l'enquête et de la contre-enquête déclarent que depuis la vente de la boulangerie, au mois de mai 1897, X... n'a plus paru en public, n'a plus fréquenté ses amis, ne s'est plus occupé de ses affaires ; il se livre à des actes extravagants et tient des propos incohérents ; il est alors considéré comme fou par toute la population.

Les rapports de X... avec sa femme étaient les suivants : ils s'étaient mariés sous le régime de la séparation de biens ; c'est le mari qui avait la fortune : il était de notoriété publique qu'ils vivaient en mauvaise intelligence ; à plusieurs reprises la femme a quitté le domicile conjugal, contre la volonté du mari ; celui-ci s'en est plaint souvent et à plusieurs personnes ; il aimait beaucoup sa mère et ses frère et sœur. C'est dans ces conditions que se produit le fait suivant. M^{me} X..., voyant l'état de son mari devenir grave, veut obtenir de lui une donation de tous ses biens ; elle s'adresse au notaire habituel de la famille ; celui-ci, connaissant la mentalité de son client, refuse de faire l'acte. Elle s'adresse alors à un autre notaire moins au courant de la situation ; deux amis à qui elle demande de servir de témoins lui refusent ce service, alléguant l'état de démence de X... ; elle va alors chercher deux témoins quelconques. Pour couvrir sa responsabilité, le notaire veut avoir un certificat du médecin ordinaire de la famille, qui le donne au gré de M^{me} X..., en disant qu'une rémission lucide peut se produire dans l'état du malade. Celui-ci ne s'est occupé en rien de la préparation de l'acte de donation ; c'est sa femme qui a tout fait. Lorsqu'elle conduit chez le notaire son mari, celui-ci, au dire d'un témoin, paraît hébété ; c'est comme une victime conduite au sacrifice. On voit par cette manière de faire combien tout le monde, même l'épouse, avaient peu de confiance dans la santé d'esprit de M. X...

C'est le 3 juin que l'acte de donation est signé ; immédiatement après, M^{me} X... s'occupe de faire interner son mari comme aliéné ; le 5, on prend le

bateau à vapeur sur le conseil du médecin qui craint que la trépidation et les secousses d'un train de chemin de fer n'aient une répercussion sur le cerveau du malade ; le 7 juin entrée du malade dans ma maison de santé. M^{me} X... écrit et signe la demande d'admission constatant que son mari est atteint d'aliénation mentale ; les certificats des trois médecins portent qu'il y a confusion des personnes, des temps et des lieux, embarras de la parole, tremblement des membres, inégalité pupillaire, quelques idées de grandeur et qu'on doit se trouver en présence d'une paralysie générale progressive.

Pendant un séjour de trois mois dans ma maison de santé, le diagnostic se confirme ; comme M. X... ne boit ni vin ni liqueur, une légère amélioration se produit dans ce sens que les symptômes principaux persistent, mais que la période d'excitation tombe ; c'est le délire hypocondriaque qui survient avec les lésions du mouvement, le bégaiement, l'affaiblissement intellectuel, la perte de la mémoire.

M^{me} X... fait sortir son mari et le ramène dans sa ville ; la maladie suit son cours et, quelques mois après, la mort survient. En présence de la donation faite par le décédé au profit de sa femme, les héritiers naturels, la mère, le frère et la sœur de celui-ci, demandent au tribunal l'annulation de cet acte. Voici les conclusions et le jugement du tribunal chargé de l'affaire :

Oùï les défenseurs des parties :

Vu le jugement ayant fait droit le 5 janvier 1899. Les procès-verbaux d'enquête et contre-enquête qui en ont été la suite en date des 24 février, 25 et 29 mars suivant, enregistrés ;

I. En fait :

Attendu que par l'acte incriminé, reçu M^e B... notaire, le 3 juin 1897, en présence des sieurs C... et D..., témoins instrumentaires requis, le sieur X... a fait donation entre vifs à M^{me} X..., sa femme, aujourd'hui défenderesse, présente au dit acte et qui a accepté, de l'universalité de ses biens, meubles et immeubles.

1^o Attendu qu'il résulte des témoignages nombreux, concordants et irrécusables, ainsi recueillis au cours des opérations d'enquête et contre-enquête ci-dessus visées,

que depuis la vente de sa boulangerie, notamment, qui a eu lieu dans le mois de mai précédent, X... a cessé de s'occuper de ses affaires, s'est abstenu de paraître seul en public et, par ses propos incohérents, a démontré à tous qu'il ne savait plus ni vouloir ni raisonner ;

Qu'il a été alors de notoriété publique que X... ne jouissait plus de la plénitude de ses facultés mentales, qu'il n'était plus, en un mot, sain d'esprit ;

Attendu qu'il ne saurait faire aucun doute que X... était dans cet état d'imbécillité les jours qui ont précédé la donation ;

Que la déposition du D^r Rouby, qui sera ci-après plus longuement analysée, est formelle à cet égard.

2° Attendu qu'il en est de même et plus encore, s'il est possible, pour la période qui a suivi immédiatement cet acte ;

Attendu, en effet, que l'état de santé de X... était tel, que sa mère et sa femme, la défenderesse actuelle, doivent, deux ou trois jours après, le conduire à Alger pour le distraire et lui faire donner des soins appropriés ;

Que dès son départ, et sur le vapeur qui le transportait, ses incohérences et excentricités étaient caractéristiques ;

Qu'arrivés à Alger, la dame X... demanda, elle-même, à M. le D^r Rouby, l'admission de son mari dans sa maison de santé comme étant atteint de maladie mentale ;

Que cette admission fut accordée le 7 juin, après visite de M. le D^r Caussidou, chargé du service des aliénés à l'hôpital civil de Mustapha ;

Que ce praticien constata ce jour-là que M. X... était atteint de troubles mentaux caractérisés par la confusion des personnes, des temps et des lieux ;

Que le D^r Raynaud, commis par le préfet pour faire la contre-visite le 16 juin, corrobora pleinement ce diagnostic ;

Attendu que M. X... quitta ainsi la maison de santé du D^r Rouby, le 7 septembre, malgré l'avis du D^r Venassier, adjoint de ce dernier ;

Attendu que de la déposition du D^r Rouby il résulte notamment

A. Que X... était atteint d'une lésion du cerveau avec adhérence des méninges ou enveloppes de cet organe avec la substance cérébrale ;

B. Que cette lésion était déjà assez avancée lorsque le malade est entré dans son établissement pour qu'il pût certifier qu'elle remontait à plus de huit jours ;

C. Que les facultés mentales de M. X... étaient dès ce moment suffisamment altérées pour qu'il ne pût se rendre un compte exact de ce qu'il faisait.

II. — 1° Attendu, en droit, que les consorts X..., ayant prouvé cette insanité habituelle d'esprit du testateur à l'époque contemporaine à la donation incriminée, il appartenait, dès lors, à la veuve X..., d'établir son allégation, à savoir qu'elle avait été consentie dans un intervalle lucide ;

Que les intervalles lucides ne sauraient, en effet, se présumer lorsqu'il y a état habituel d'imbécillité ou de démence ;

Que la jurisprudence est bien assise dans ce sens (Cass., 5 août 1856).

2° Attendu que l'acte incriminé ne peut en droit, et par lui-même, faire preuve de l'état d'esprit du donateur ;

Qu'en fait, les témoins instrumentaires entendus n'ont fait alors aucune remarque de nature à frapper sérieusement leur attention ;

Qu'aucun d'eux, par exemple, ne se rappelle avoir entendu M. X... parler au notaire ou s'expliquer sur ses intentions ;

Qu'il ne résulte pas de leur témoignage qu'il ait été interpellé longuement et d'une manière explicite et détaillée à ce sujet ;

Que les explications très brèves, sans doute, qui semblent avoir été échangées alors, n'ont pu raisonnablement leur permettre d'avoir et de retenir une opinion motivée sur l'état mental de X... au moment de l'acte ;

Qu'en un mot, les témoignages des sieurs B... et C... ne sauraient être utilement retenus.

3° Attendu, d'autre part, qu'après avoir déclaré le 3 juin, et dans un certificat au dossier qui sera enregistré en même temps que les présentes, qu'à cette date, qui est celle de la donation, l'état de X... ne lui inspirait

aucune inquiétude, qu'il était sain d'esprit et raisonnait parfaitement, le D^r L., interpellé tout particulièrement par l'avoué de la défenderesse lors de la contre-enquête, sur le point de savoir si ce jour-là X... possédait bien sa raison et avait la parfaite connaissance de ses actes, s'est borné à répondre que, dans la maladie dont était atteint M. X..., il existait très souvent des rémissions suivies d'aggravation subite ;

Que le témoin avait précédemment déclaré que M. X... lui avait paru être dans un de ces moments de rémission et de lucidité quand il lui avait délivré le certificat ci-dessus ;

Attendu qu'à l'encontre de ces déclarations, d'ailleurs quelque peu imprécises et vagues, de son confrère, le D^r Rouby, qui est un spécialiste, soutient, au contraire, que la lésion du cerveau dont était atteint M. X... n'a pas dû cesser d'exister à partir du jour où elle s'est produite ;

Qu'il ajoute que les facultés mentales de M. X... étaient dès avant le huitième jour de son entrée dans sa maison, et partant le 3 juin, jour de la donation, suffisamment altérées pour qu'il ne pût se rendre un compte exact de ses actes ;

Que le D^r Rouby ne croit pas, enfin, que, pendant ces huit jours, M. X... ait eu un moment de lucidité complète.

4^e Attendu, dans ces conditions, que, loin d'avoir rapporté la preuve qui lui incombait tout entière, que M. X... son mari, était sain d'esprit et d'entendement lors de la passation de la donation dont il s'agit, il semble résulter, au contraire, de tous les faits et documents de la cause, qu'au moment où il a fait cette disposition, il ne jouissait plus de la plénitude de ses facultés intellectuelles et était, en conséquence, incapable d'avoir et d'exprimer une volonté raisonnable et réfléchie ;

Attendu que, d'après sa nature intime, la donation exige de la part du donateur une liberté d'esprit et de résolution plus entière et plus complète que les contrats intéressés et même que les contrats de bienfaisance qui ne constituent pas de véritables libéralités ;

Que cette volonté, comme cette liberté d'esprit, n'existant certainement pas chez M. X..., au moment où

il a fait la donation incriminée, il y a lien, dès lors, d'en prononcer l'annulation.

Sur les dommages-intérêts,

Attendu que les demandeurs ne justifient d'aucun préjudice, qu'il n'y a donc pas lieu de leur accorder des dommages-intérêts.

Par ces motifs, statuant en 1^{er} ressort :

I. Déclare nulle et de nul effet la donation consentie par M. X... à la défenderesse son épouse, suivant l'acte du 3 juin 1897 aux minutes de M^e B...

II. Condamne ladite dame veuve X..., à remettre, sous réserve de sa part héréditaire, les biens mobiliers et immobiliers, corporels et incorporels dépendant de la succession de X..., son mari, et à rendre compte, aux formes de droit, de la gestion qu'elle a eue de la succession, sous une contrainte de dix mille francs, sans préjudice de tous autres dommages-intérêts, s'il y a lieu.

Dit n'y avoir lieu à dommages-intérêts.

III. Condamne la veuve X... aux dépens.

On voit par le jugement que, dans ma déposition, j'avais nettement déclaré que le malade était atteint de paralysie générale, qu'il y avait lésion cérébrale, que cette lésion existait dès le début de la maladie, qu'elle n'avait jamais cessé d'exister, et que par conséquent il n'y avait eu à aucun moment guérison de la folie, aucune minute de lucidité complète, permettant au malade de signer un acte valable. Ma déposition fut d'un grand poids auprès des membres du tribunal et contribua plus que tout le reste à leur faire prononcer le jugement qui annulait l'acte de donation.

Dans l'autre fait, qui date de vingt ans et qui m'a laissé un souvenir pénible, la paralysie générale était typique, aucun doute n'était possible, les médecins furent d'accord pour affirmer cette forme de folie; de plus, le D^r Legrand du Saulle, aliéniste jouissant de la plus grande notoriété à cette époque, médecin près le

dépôt de la préfecture de police, fit un rapport *post mortem* ; s'appuyant sur les observations des médecins et les dépositions de nombreux témoins, ce rapport concluait à l'annulation de l'acte testamentaire. On verra que le tribunal n'en tint aucun compte, non plus que de l'avis des médecins, et déclara valable le testament.

Voici l'observation résumée :

M. Y..., après de brillantes études au lycée de sa ville natale, devint négociant ; doué de réelles aptitudes commerciales, il apporta dans la direction de ses affaires une intelligente et féconde activité et arriva rapidement à la fortune. C'était un homme calme, circonspect et réfléchi ; parcimonieux, pour ne pas dire avare, en tout cas nullement prodigue. Homme d'intérieur, n'ayant jamais fait du sport, n'étant jamais monté à cheval, préoccupé de ses seules affaires, marié avec une femme aimable et distinguée, il vivait heureux, n'ayant qu'une ombre à son bonheur, celle de n'avoir pas d'enfants ; mais comme un neveu qu'il aime vit à la campagne, non loin de lui, il va souvent le voir, heureux de se trouver en famille et de se voir entouré de petits enfants qu'il regarde comme les siens ; ils seront, dit-il, ses héritiers ; plus tard, lorsqu'il se sent malade, il fait venir près de lui cette famille pour avoir dans son commerce un associé d'abord, plus tard un successeur et un héritier. C'est sur ces assurances que le neveu quitte la ferme qu'il exploite depuis longtemps, pour venir habiter la ville près de son oncle, et l'aider dans son industrie.

En 1879 se manifeste chez M. Y... une perturbation des facultés mentales ; il se produit une modification profonde des sentiments, des penchants et des habitudes ; c'est un besoin de mouvement insolite, ce sont des bizarreries, des extravagances de toute nature ; puis c'est le délire des actes et des discours.

Le délire des grandeurs se montre immédiatement ; il se dit poète, artiste lyrique, fait parade de sa force musculaire. Il se croit chef d'escadron, colonel, général. Un capitaine dépose dans l'enquête que M. Y... se présente un jour à cheval sur le champ de manœuvres et

veut prendre le commandement du régiment ; il était accompagné d'une charrette sur laquelle se trouvaient deux pièces de vin pour régaler les soldats.

Lors des grandes manœuvres, on le voit les suivre à cheval, faisant de grands gestes de commandement, comme s'il dirigeait les exercices militaires ; on a peine à l'écartier.

Un autre jour il se présente à la caserne et veut prendre le service de la semaine comme chef d'escadron, ajoutant qu'il paierait à boire aux hommes, qu'il lèverait toutes les punitions, etc... Dans la rue il entraîne au café les soldats qu'il rencontre, s'attable avec eux et leur offre à boire. On le voit courir à cheval dans les campagnes, jouant le rôle d'officier. Il se croit poète et récite des vers de Victor Hugo, de Racine, de Corneille et se vante d'en être l'auteur. Sitôt qu'il se trouve en compagnie, il veut faire parade de ce talent et, comme sa mémoire est fidèle, il récite de longues pièces de vers en prenant des poses d'acteur sur la scène. Peu lui importe les personnes avec lesquelles il se trouve ; peu lui importe le rang de ses auditeurs ; faire parade de son talent lui suffit.

Il est encore artiste lyrique hors ligne ; il veut aller au Grand-Opéra prendre les rôles de ténor ; il chante, lorsqu'il a fini de déclamer ; il veut qu'on admire sa belle voix. Inutile de dire qu'il n'a ni voix, ni méthode. C'est dans une étude de notaire qu'il se met à chanter et à réciter des vers ; d'autres fois, c'est dans le grand café de la ville ; parfois, au contraire, c'est dans le plus bas des tripots, au milieu des gens les moins recommandables. A un moment donné il se dit avocat et docteur en droit. A une autre période il est, dit-il, d'une force herculéenne, et ses muscles ne le cèdent en rien à ceux des plus forts athlètes des cirques ; il retrousse ses manches et exhibe ses biceps, puis il dépouille ses vêtements pour montrer ses formes et faire toucher son système musculaire. Fier de sa force virile, il va chercher une prostituée dans une maison de tolérance pour en faire sa maîtresse ; comme aucun notaire ne veut lui faire un acte de vente d'une maison, pour loger cette femme, il loue un appartement au centre de la ville et l'installe en grande pompe. Devant des ouvriers venus pour des

réparations, il relève les jupons de cette fille et leur montre ses beaux dessous ; il veut leur prouver que sa maîtresse est la plus belle fille du monde.

Riche à millions, dit-il, il croit ses ressources inépuisables ; il conçoit de grandes entreprises qui vont lui procurer une immense fortune. Il rencontre une société de gymnastique, qu'il entraîne au restaurant où il commande un banquet. Il invite à dîner et à boire toutes les personnes même inconnues qu'il trouve sur son chemin ; tous les alcooliques de la ville le recherchent. Les forêts du pays lui appartiennent ; pour les exploiter, il va monter une scierie d'une importance extraordinaire qui lui permettra de gagner des millions.

A cette époque, M. Y... fait de grandes dépenses, mais il veut en faire de plus extraordinaires ; il va chez son notaire pour créer des fondations en faveur de la ville, fondations qui porteront son nom ; il veut doter le Lycée, construire un marché couvert, acheter toutes les maisons mises en vente, etc. — Ces divers faits montrent combien le délire des grandeurs était marqué ; il n'a cessé que dans les derniers mois de la maladie. Plus tard vient la période des extravagances de toutes natures, le délire des actes et des discours ; l'exaltation, limitée au début, devient chaque jour plus grande et forcera M^{me} Y... d'interner son mari. Il danse en public, saute à cloche-pied dans la rue, entre dans une église au milieu de la messe et se met à crier : « ferrailles à vendre », se livre parfois à des actes de violence sur sa femme et son domestique lorsqu'ils résistent à ses volontés déraisonnables. Une dame, dans la rue, est grossièrement injuriée sans motifs et frappée à coups de cravache ; elle n'échappe à des violences plus graves que parce que d'autres personnes se sont interposées. Il se promène dans son jardin sans vêtements, il fait ses nécessités dans la rue sans s'inquiéter de la décence, il monte à cheval vêtu de sa seule flanelle et parcourt ainsi la ville. Il rencontre deux médecins, le sien et un autre confrère ; il les secoue en leur disant : « Vous êtes aussi bêtes l'un que l'autre, vous ne savez pas ce que j'ai. » Pour lui échapper ils doivent se servir de leur canne et se sauver dans une maison voisine.

C'est dans cette période d'excitation dangereuse qu'il

est placé dans une maison de santé ; il y vient pour retrouver la reine d'Angleterre, sa femme ; toutes les personnes qui l'entourent sont des princes ou des princesses. Sous l'influence d'un milieu tranquille et du traitement approprié, une rémission s'opère ; le délire aigu paraît s'éteindre ; mais, en s'affaiblissant et en disparaissant, il laisse le malade plus calme, c'est vrai, mais non moins affaibli intellectuellement, non moins facile à dominer et à capter, car il est incapable de discernement et de volonté.

M^{me} Y... le voyant dans cet état, sous l'influence d'une sœur ambitieuse, le fait sortir de notre maison de santé, le ramène dans sa ville et quelques jours après lui fait signer un testament par lequel le malade, oubliant son neveu, héritier naturel, lègue toute sa fortune à sa femme. Un mois après, la période d'excitation recommence ; le malade est ramené chez nous ; à la phase délirante succède bientôt la période de déchéance totale et de dégradation physique qui réduit le malheureux aliéné paralytique à la vie purement végétative. Plus ou moins inconscient de ce qui l'entoure, malpropre, glouton et n'ayant plus que les appétits instinctifs de l'animalité, il a oublié jusqu'à son nom ; tout est aboli, la nuit intellectuelle est complète ; les fonctions de nutrition survivent seules et M. Y... meurt dans un état de paralysie complète, passant ses derniers mois immobile dans son lit de gâteaux.

C'est donc bien l'histoire de la paralysie générale progressive que nous montre M. Y... Le testament du 1^{er} mai fut attaqué par le neveu ; 38 témoins déposèrent ; la plupart racontèrent les faits précédents et conclurent à l'aliénation mentale. Parmi d'autres témoignages, quelques-uns sont à retenir et curieux à analyser : ils montrent ce que peuvent les sentiments d'amitié, même chez un intellectuel, pour faire oublier les sentiments de justice.

M. C..., doyen d'une Faculté de droit, ami de M. et de M^{me} Y..., déclare qu'en l'année 1880 il a eu l'occasion de voir plusieurs fois le malade et qu'il l'a trouvé aussi calme et aussi tranquille que possible ; mais il ne déclare pas s'il était en possession de l'intégrité de son intelligence et s'il était malade à un degré quelconque. Il a

été fort surpris, dit-il, lorsqu'il a appris le placement de son ami dans une maison de santé. Il aurait dû ajouter qu'il est venu voir M. Y... dans cette maison de santé, qu'il y a passé plusieurs heures avec lui et qu'il a si bien reconnu la nécessité de l'internement, qu'il n'a nullement songé, lui professeur de droit, qui devait connaître la loi de 1838, à demander la sortie. Il n'avait, du reste, avec son autorité de magistrat, qu'à conseiller à M^{me} Y... de ramener son mari chez lui, pour que la chose fût faite. Or rien de semblable ne fut dit ; ce n'est que plusieurs mois après, dans une période plus calme, que M^{me} Y... interrompit le séjour de son mari dans notre maison de santé pour lui faire signer le testament ; un mois après, elle était obligée de le réintégrer.

Un autre témoignage à analyser, c'est celui du médecin de la famille ; le voici : « J'ai soigné M. Y... depuis vingt ans. A une époque bien antérieure aux faits que je vais signaler, M. Y... était déjà en proie à une excitation cérébrale ; il avait de violents accès de colère, puis il avait été pris de la manie de monter à cheval, de faire la cour aux dames ; mais lorsqu'il sortait de certaines préoccupations et qu'il parlait des choses ordinaires de la vie et de ses intérêts, il était très lucide, et sur ce dernier point il comprenait parfaitement ce qu'il faisait. Le jour ou le lendemain de la confection du testament, c'est-à-dire le 1^{er} ou le 2 mai 1880, M^{me} Y... me montra le testament qui avait été fait par son mari en sa faveur, celui qui est en litige. Je fis spontanément cette réponse : « Madame, soyez tranquille, ce testament est parfaitement valable, il est aussi bien que si je l'avais fait moi-même. » La maladie de M. Y... à l'époque du testament ne me paraissait pas complètement incurable. Après le testament j'ai eu une assez longue conversation avec lui ; j'ai essayé de le faire divaguer et je n'ai pu y réussir. »

Or, ledit médecin avait fait un premier certificat pour l'entrée du malade dans notre maison de santé, constatant l'aliénation mentale et la nécessité de l'internement ; et trois semaines environ après le testament et la conversation relatée plus haut, il signait un second certificat pareil au premier, pour le second internement.

D'autre part, c'est lui, avec un autre médecin, qui le

28 avril 1880, trois jours avant le testament, avait été si bien seconé dans la rue par le malade, qu'il avait dû se servir de sa canne pour se défendre, et se précipiter dans une boutique pour se garer des coups de ce véritable aliéné dont il ne reconnaissait pas la maladie trois jours après.

Mon intention, lorsque je fus appelé pour déposer comme témoin, était de déclarer que M. Y... était au mois de mai dans un état de mentalité telle qu'il ne pouvait signer un acte valable; mais le juge chargé de recevoir ma déposition me fit la question suivante : « Pouvez-vous jurer que, pendant le mois durant lequel vous n'avez pas vu M. Y..., il n'y a pas eu chez celui-ci une heure de lucidité complète ? » Comme je voulais donner des explications, le juge me pria de répondre seulement par oui ou par non à sa question. Je répondis, un peu interloqué, que je ne pouvais pas jurer cela; le juge alors interrompit net mon interrogatoire sans vouloir en entendre davantage. En sorte qu'il arriva que ma déposition, malgré ma manière de voir, fut favorable à la validité du testament.

On avait demandé à M. Legrand du Saulle un mémoire médico-légal sur l'état mental de M. Y... et sur la valeur de son acte testamentaire; se basant sur les observations médicales des médecins aliénistes et sur les procès-verbaux de l'enquête et de la contre-enquête, le médecin du dépôt de la préfecture de police, après un examen attentif des faits, avait été conduit aux conclusions cliniques et médico-légales suivantes : après une étude particulière des faits déposés par les témoins, dont les principaux ont été énumérés précédemment, après avoir montré le développement progressif de la paralysie générale, après avoir décrit les symptômes correspondant à chacune des périodes de la maladie, il disait ceci dans son Mémoire : « Telle est, succinctement présentée, la situation mentale de M. Y... en 1879 et 1880; tel est l'homme, tel est le malheureux insensé, pouvons-nous dire, qui a signé le testament du 1^{er} mai 1880. A cette date il était bien manifestement sous l'influence d'une grave affection cérébrale sur le diagnostic de laquelle l'hésitation n'est pas possible; je déclare que M. Y... était atteint de la paralysie générale

des aliénés, maladie qui, après avoir débuté vers le milieu de l'année 1879, a compromis rapidement l'exercice de ses facultés psychiques, a provoqué son internement et avancé sa mort. Au début de la folie paralytique, ce sont les modifications du caractère, des sentiments et des penchants qui frappent tout d'abord. Le malade a perdu sa modération, son calme habituel ; il s'emporte à tout propos et hors de propos, entre dans de violentes colères pour le motif le plus futile. Peu à peu le changement dans la manière d'être s'accroît et se révèle à tout l'entourage ; ce sont des oublis singuliers, d'étranges écarts de conduite formant un contraste marqué avec les habitudes anciennes. Pris d'un besoin insolite d'activité, il se multiplie, ne tient plus en place, none des relations sans réserve comme sans choix, se montre expansif vis-à-vis du premier venu, s'ouvre à chacun de ses idées généreuses, philanthropiques. A un degré un peu plus avancé, les projets incohérents se heurtent dans son cerveau lésé et il les expose avec une naïveté incroyable sans prendre souci des impossibilités flagrantes.

« Confiant, crédule, il fait preuve à tout instant d'une imprévoyance enfantine et se trouve livré à la merci de quiconque veut exploiter sa générosité sans bornes, son inaltérable confiance, sa facile subordination à une volonté étrangère. Franchissant au milieu de ses rêves ambitieux les limites du possible et du vraisemblable, le paralytique général ne compte plus ses millions, il s'attribue tous les talents, s'adjuge les titres les plus élevés de la hiérarchie sociale.

« A cette phase délirante va succéder bientôt la période de déchéance totale et la dégradation physique qui réduit le malheureux aliéné paralytique à la vie purement négative. La nuit intellectuelle est complète.

« En un mot, la paralysie générale des aliénés est une affection cérébrale qui est avant tout caractérisée par une déchéance profonde de toutes les facultés, par un état de démence qui se révèle, dès la période d'invasion, par des actes insolites, bizarres, ridicules, et dès ce moment prive l'individu de son jugement, de sa mémoire, de sa volonté et lui enlève la capacité civile, de même qu'elle le soustrait à toute responsabilité pénale.

« Aussi bien, en prouvant que M. Y... était atteint d'une paralysie générale des aliénés, pleinement confirmée au moment où il a signé son testament, c'est établir en même temps qu'il était incapable de comprendre l'acte qu'il accomplissait.

« Dira-t-on que cette inexorable maladie a subi précisément à la date du 1^{er} mai 1880 un temps d'arrêt, que l'intelligence, la volonté, après avoir momentanément disparu au milieu de ce naufrage cérébral, ont sur nagé tout à coup, et qu'enfin l'acte testamentaire a été fait pendant un intervalle lucide ?

« À coup sûr, jamais supposition ne fut moins fondée ; entre toutes les formes de folie, la démence paralytique peut à bon droit être considérée comme celle où l'on observe *le plus exceptionnellement* cette reprise passagère des facultés physiques, et ce caractère d'évolution lente et continue est ici tellement fondamental, que la maladie lui emprunte en partie sa dénomination symptomatologique : paralysie générale progressive des aliénés. Il y a bien quelquefois des rétrocessions apparentes dans la paralysie générale des aliénés ; mais qu'on ne s'y trompe pas, c'est encore moins la maladie elle-même, dont la marche est désespérément envahissante, que le délire qui s'éteint ; celui-ci, en disparaissant, laisse le malade plus calme, c'est vrai, mais non moins affaibli intellectuellement, non moins facile à dominer, à capter, car il est toujours incapable de discernement et de volonté.

« Il obéira à toutes les suggestions qui s'exercent sur sa faiblesse ; il signera avec une docilité enfantine le premier billet à ordre qu'on lui présentera ; il s'engagera pour des sommes considérables, il compromettra, par son imprévoyance et sa crédulité l'avenir des siens, et cela sans l'ombre d'une préoccupation. En un mot, le délire a pu être momentanément masqué ; mais la démence, c'est-à-dire l'affaiblissement graduel des facultés, de l'intelligence, est restée.

« En réalité, les intervalles véritablement lucides, c'est-à-dire ceux pendant lesquels les facultés intellectuelles recouvrent leur exercice apparent, sont d'une excessive rareté, pour ne pas dire plus, au cours de la paralysie générale progressive, surtout à l'âge relative-

ment avancé où M. Y... a été atteint de cette maladie. C'est en pareil cas qu'il convient de dire : « *Incombit onus probandi sanam mentem* ».

« Au surplus, l'existence d'un intervalle lucide coïncidant avec le 1^{er} mai, date du testament, est infirmée par les témoignages, puisque le 24 avril eut lieu la scène scandaleuse de l'église, et que le 30 avril ou le 1^{er} mai il tenait à deux médecins des propos incohérents, les menaçant et les poursuivant dans la rue.

« Pour faire un testament, il faut être sain d'esprit ; or, il est facile de voir que telle n'était point la situation mentale de M. Y... le 1^{er} mai 1880, date de la confection de son testament.

« Parvenu à une période avancée d'une paralysie générale progressive, maladie qui entraîne d'emblée l'affaiblissement simultané de toutes les facultés : mémoire, jugement, volonté, il était tout à fait incapable d'apporter, dans la manifestation de ses volontés dernières, cette lucidité, ce libre discernement, cette complète possession que la loi exige.

« 1^o De l'ensemble des faits relatés dans les procès-verbaux de l'enquête, il résulte clairement que M. Y..., dès le milieu de 1879, a subi les premières atteintes de la paralysie générale, et que, sous cette influence, il s'est livré à cette même époque à des actes déraisonnables et a tenu les propos les plus incohérents.

« 2^o Cette grave affection cérébrale a évolué d'une façon progressive et ininterrompue, a nécessité la séquestration dans deux maisons d'aliénés et s'est terminée par la mort, après une durée de quatre années environ, sans que M. Y... ait jamais recouvré la raison.

« 3^o Au 1^{er} mai 1880, époque à laquelle M. Y... a fait son testament, il était déjà parvenu à une période avancée de sa maladie mentale, et à un degré très marqué d'affaiblissement intellectuel.

« 4^o Il était incapable de tester en connaissance de cause, et avec la libre disposition de sa volonté et de son jugement.

« 5^o Au point de vue médico-légal, le testament du 1^{er} mai 1880 ne saurait être considéré comme valable. »

Je n'ai pu me procurer le jugement de ce procès ; mais

le testament de ce paralytique général fut déclaré bon, malgré l'avis de Legrand du Saulle.

CONCLUSIONS. — Avant de tirer des deux observations précédentes des conclusions fermes, j'ai voulu faire sur quelques-uns de mes malades une expérience probante. J'ai actuellement en traitement trois malades atteints de paralysie générale progressive d'une façon non douteuse et à divers degrés; le premier marié et père de quatre enfants, sur ma demande *non pressante*, après une conversation dans laquelle je lui ai fait ressortir que, riche à millions comme il le disait, il devait laisser sa fortune à son gardien, m'a écrit un testament par lequel il nommait ledit gardien son légataire universel; le deuxième malade, atteint surtout du délire des grandeurs, sur ma promesse que je le laisserais sortir pour prendre possession du trône du monde, bien que de religion protestante a écrit un testament dans lequel il donnait toute sa fortune au pape Léon XIII; cinq minutes à peine ont suffi pour le décider; comme il connaît la loi, il m'a fait remarquer qu'il fallait écrire sur du papier timbré, pour éviter l'amende. Un troisième malade, dont le délire n'est plus aigu, qui est entré dans cette période où l'on parle et l'on agit comme en enfance, oubliant sa vieille mère et sa famille qu'il aimait beaucoup, a écrit sous ma dictée, sans que je lui donne aucune explication, un testament par lequel il laisse toute sa fortune à son petit chien.

Que mes confrères en aliénation mentale fassent la même expérience, ils arriveront facilement au même résultat, en entrant dans les idées du malade dans certains cas, en n'en tenant même pas compte dans d'autres.

Nous dirons donc que les vrais paralytiques généraux, ceux qui ne sont ni des délirants systématisés, ni des alcooliques, ni des hystériques, formes d'affection qui

peuvent être confondues au début avec la paralysie, sont toujours incapables de tester valablement.

On peut se tromper et croire à des guérisons momentanées de cette maladie incurable, parce qu'on la confond parfois avec quelques-unes des affections précédentes, surtout avec certaines formes d'alcoolisme chronique; mais lorsqu'on verra se produire, après le délire excessif du début, l'affaiblissement progressif des facultés, les troubles du côté des pupilles, les actes inconscients, plus tard les attaques convulsives caractéristiques, enfin, dans la dernière période, le gâtisme et la paralysie envahissante des organes et des membres, on pourra diagnostiquer avec certitude la paralysie générale progressive, et dire que le malade atteint de cette affection, à aucun moment n'a été guéri; que par conséquent aucun acte testamentaire signé par lui, soit au début, soit dans le cours de l'affection, n'est valable.

Le Dr Vallon, dans son travail : « *Des Rémissions dans la Paralysie générale* », dit qu'il y a rémission dix fois sur cent; que ces rémissions sont tantôt vraies et complètes : c'est la guérison, tantôt incomplètes : c'est la disparition momentanée et partielle des symptômes.

Comme ailleurs il déclare que la guérison arrive surtout lorsque la maladie est liée à l'alcoolisme ou à l'hystérie, on peut croire que les cas dont il parle (cas excessivement rares), sont des pseudo-paralysies générales.

Pour les rémissions momentanées, ou bien il y a seulement atténuation des symptômes ou bien il y a disparition de quelques-uns d'entre eux, mais non de tous, de telle sorte que le malade ne retrouve pas l'entier usage de ses facultés, qu'il reste dans un état d'infériorité intellectuelle qui lui enlève la responsabilité. En sorte que les actes testamentaires signés par lui ne sont

pas plus valables, que les délits ou crimes commis par lui ne peuvent être un sujet d'accusation.

Maintenant, nous tirerons de ce travail la conclusion suivante : Lorsque la paralysie générale est certaine ; lorsque la mort est survenue après les diverses phases connues de cette affection, confirmant le diagnostic qui pouvait être douteux au début, tous les actes testamentaires, toutes les donations entre vifs ou autres dudit malade seront déclarés non valables. — Les lésions du cerveau et de ses enveloppes, qui peuvent manquer dans les pseudo-paralysies, notamment dans les progressives alcooliques, ne manquent jamais dans les paralysies vraies, et peuvent être prouvées par l'autopsie. Or ces lésions amènent dès le début un affaiblissement et un trouble des facultés intellectuelles qui vicie tous les actes signés par le malade pendant la durée de l'affection, même pendant les rémissions

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 20 MAI 1901

Présidence de M. JOFFROY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Marchand et Trénel, membres correspondants, assistent à la séance.

Mort de M. Meuriot.

M. JOFFROY. — Depuis notre dernière réunion nous avons été douloureusement surpris par la mort de l'un de nos collègues les plus distingués et les plus sympathiques, le D^r André Meuriot.

L'affluence, à ses obsèques, des membres de la Société médico-psychologique, des notabilités du corps médical et de nombreux amis appartenant à toutes les classes de la société, la présence des députations de plusieurs Sociétés charitables, ainsi que celle des pauvres qui savaient bien qu'ils perdaient un bienfaiteur, ont témoigné de l'estime aussi générale que profonde qui s'attachait à son nom, et montré que chez lui on devait autant apprécier la charité du philanthrope, que la science de l'aliéniste.

Au jour des obsèques j'ai été empêché par les obligations professorales, d'accompagner notre cher et regretté collègue jusqu'à sa tombe; mais je tiens aujourd'hui, au milieu de cette Société à laquelle il était si intimement attaché, à lui dire un dernier et fraternel adieu.

Je tiens aussi, non seulement en mon nom, vous ne le permettriez pas, mais au nom de notre Société tout entière, à envoyer à sa malheureuse veuve, à son fils

que nous regardons déjà comme l'un des nôtres, et à tous les siens qu'afflige cette perte irréparable, le témoignage de notre vive et respectueuse sympathie, me réservant pour plus tard l'appréciation des travaux du médecin et de l'aliéniste.

Je prie notre Secrétaire général de vouloir bien nous donner lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de notre collègue Meuriot.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de son discours (V. les *Annales* de juillet-août 1901, p. 157); puis, suivant l'usage, la séance est suspendue en signe de deuil.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

- 1° Des lettres de MM. Boissier, Semelaigne et Sollier, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance;
- 3° Des lettres de MM. Samuel Garnier, Maurice Ducosté, Farnarier et Petit, remerciant la Société des récompenses qu'ils ont obtenues à la séance solennelle.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° La *Revue de l'Hypnotisme*, numéro de mai;
- 2° La *Tourraine médicale*, n° 5.

Rapport de candidature.

M. BOISSIER.—Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Magnan, Ritti et Boissier, à l'effet d'examiner la candidature au titre de membre associé étranger de M. le D^r d'Oláh, de Budapest. Bien que notre confrère ne nous ait adressé ni liste de titres ni exemplaires de publications, la tâche du rapporteur reste néanmoins aussi agréable que facile, en raison de la personnalité même du récipiendaire. La plupart d'entre nous ont vu M. d'Oláh à Paris, où il est venu à diverses reprises; il y a pris une part active au congrès international de 1900. il nous est donc particulièrement connu, et je ne serai contredit par personne en rappe-

lant combien il a su se faire apprécier de tous ceux qui l'ont vu et entendu. Médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Angyalföld, à Pesth, il poursuit dans son service des recherches, et a entrepris des travaux qui embrassent toutes les grandes lignes de notre spécialité. Clinique, anatomie et physiologie pathologiques, médecine légale, assistance, thérapeutique et même psychologie expérimentale, telles sont les diverses branches auxquelles ses études contribuent. Nous avons tous parcouru l'excellent et volumineux mémoire sur les asiles d'aliénés de Hongrie, qu'il a distribué à chacun de nous l'été dernier et dans lequel vous avez pu trouver un véritable luxe de documents utiles. J'ai eu pour ma part le privilège de visiter avec lui-même trois de ces établissements, te d'admirer à Angyalföld comme à Lipómetzó, l'organisation la plus rationnellement thérapeutique qui puisse être appliquée au traitement de l'aliénation mentale avec des asiles relativement anciens. Ces établissements datent en effet d'environ trente ans, et sont construits sur le plan des nôtres, mais situés en des sites choisis, et modifiés autant qu'il est possible selon les tendances les plus nouvelles.

Non-restreint absolu, abondance de personnel, élégance du matériel, des locaux et des jardins, tout concourt au bien-être des malades et à l'aisance des soins à donner.

M. d'Oláh et ses collègues, animés d'ailleurs de l'esprit le plus novateur, insistent sur ce fait que leur installation actuelle est provisoire, et que bientôt, sous leur influence, le système des asiles d'aigus et de chroniques séparés et à services restreints sera appliqué chez eux. M. d'Oláh a publié récemment un premier fascicule illustré de curieux graphiques, sur les réflexes dans les diverses psychoses; je ne puis malheureusement en donner une analyse, le seul exemplaire que j'en aie eu entre les mains étant écrit en langue hongroise; ses recherches sur ce point sont d'ailleurs encore en cours, et j'ai pu en voir l'ingénieux dispositif dans son laboratoire. Je ne crois pas devoir insister davantage, convaincu que d'avance vos suffrages sont acquis à notre éminent confrère hongrois, qui devrait déjà être des nôtres, et que nous avons l'espoir de voir quelque-

fois à nos séances, amené à Paris par des relations de famille.

Conformément à ces conclusions, M. Gustave d'Oláh est élu, à l'unanimité, membre associé étranger.

*Hallucinations psycho-motrices
et sialorrhée paroxysmale.*

M. TRÉNEL donne, au nom de M. A. CRÉTÉ et au sien, lecture de la communication suivante :

Dans une précédente communication (1), l'un de nous constatait la coïncidence chez une malade d'une abondante sialorrhée et d'hallucinations psycho-motrices. Nous venons d'observer cette même coïncidence dans un autre cas.

La malade, femme robuste, native d'Alsace, âgée de cinquante-trois ans, a fait un certain abus de boissons alcooliques, qu'elle avoue d'ailleurs; ses préférences étaient pour le byrrh. Elle est cependant considérée par ses patrons comme tout à fait normale. Elle a éprouvé de vives contrariétés dans son ménage, ces derniers temps. Au mois de juin dernier, elle a eu des abcès à répétition de l'aisselle, puis une fièvre typhoïde légère, d'après les renseignements mêmes de son médecin. A la suite de cette affection, elle fut prise de délire, et envoyé en septembre à l'hospice. Là, sous l'influence d'hallucinations de la vue, elle se lève la nuit, fait du vacarme, et est amenée à l'asile le 6 octobre 1900.

A son entrée, elle est extrêmement désordonnée, elle va, vient, parle et chante nuit et jour. Elle rit quand on l'interroge, refuse de répondre, disant qu'on sait tout ce dont il s'agit aussi bien qu'elle. Cependant on obtient d'elle les renseignements suivants : elle a des cauchemars, voit de la fumée, toutes sortes de figures. Elle entend le bruit du funiculaire, et le roulement de tonneaux. Une voix qu'elle ne connaît pas lui crie : « Attention, H...! » Elle est assez bien orientée, mais elle sent qu'elle n'est pas dans son état normal, et se demande si elle est la même personne. Elle trouve la nourriture amère, elle a des aigreurs, des pituites le matin. Aucun signe physique notable, sauf un peu de tremblement de la langue et des mains.

(1) *Annales médico-psychologiques* (mai 1901).

Pendant plusieurs semaines elle reste agitée, désordonnée, souvent bruyante la nuit. Le jour elle va et vient dans la cour, riant toute seule, *crachotant beaucoup*. Elle fuit tout interrogatoire, se bornant à rire quand on veut échanger quelque propos avec elle. Elle avoue cependant avoir des hallucinations variées; elle croit être couchée la nuit avec un homme; elle vit dans un monde fantastique, elle se voit entourée de statues, de grandes dames, de marquises, de rois, de ducs. Elle est surtout réticente au point de vue des hallucinations de l'ouïe, sur lesquelles elle se refuse à toute confiance; même elle les nie, malgré leur évidence.

Peu à peu elle se calme, se met au travail, reconnaît qu'elle a été malade; mais c'est seulement à l'époque de sa sortie qu'elle nous donne des détails sur ce qu'elle avait éprouvé. Elle avait quelques hallucinations de la vue, ou plutôt des illusions; il lui semblait voir par terre des figures qui ressemblaient à de vieilles sculptures; elle n'avait pas de zoopsie, mais voyait des flammes et des ficelles; elle croyait voir toutes sortes de gens aller et venir.

Mais ce qui a prédominé, ce sont les hallucinations psychomotrices, qui n'avaient pas été reconnues comme telles, grâce à ses réticences. « Elle entendait sans cesse une voix parler dans sa gorge; c'était comme *une double voix* qui lui venait dans la bouche, absolument comme la voix d'une personne qui parle. Cela lui parlait à haute voix, mais elle ne sait pas si les autres personnes l'auraient entendu. A un moment donné, elle s'est demandé *si elle n'allait pas devenir ventriloque*. » Cette voix, qui était en général celle de son cousin qu'elle n'a pas revu depuis de très longues années, lui faisait chanter des chansons alsaciennes, et s'exprimait toujours en dialecte alsacien. Elle a eu aussi la voix d'un monsieur D..., qui était son voisin; c'était une voix plus douce qui la faisait prêcher, et elle était obligée de faire des discours.

Enfin elle avait aussi la voix de un de nous; cette voix lui parlait allemand (et, chose curieuse, non pas le dialecte alsacien, mais le *hoch Deutsch*, dit-elle), et lui faisait des recommandations dans ce genre: « Sprechen Sie gut deutsch, dass wenn Sie nach Hause kommen, Fortschritte gemacht haben » (*sic.*) (Parlez le bon allemand, afin d'avoir fait des progrès, quand vous serez revenue chez vous.) Cette recommandation ne lui avait jamais été faite, même sous forme de plaisanterie. Ce qu'il y a de vrai, c'est que, pendant sa période d'agitation, ne pouvant obtenir ses confidences, on avait essayé à tout hasard de converser avec elle en allemand.

Ces détails sont en somme un peu secondaires; mais le fait sur lequel l'attention doit être appelée est celui-ci: spontanément,

la malade nous demanda de lui expliquer ceci : la voix lui parlait si fort, que cela la réveillait en pleine nuit, et qu'elle se demandait si ses voisines n'allaient pas l'entendre ; *et, à ce moment même, il lui venait un flot de salive dans la bouche.* Cela s'est répété fréquemment pendant de nombreuses nuits ; et ce phénomène lui semble si bizarre, qu'elle en demande l'explication, elle en est encore un peu effrayée.

Elle se rappelle bien le moment auquel elle s'est rendu compte qu'elle était malade : il y a plusieurs semaines déjà ; mais elle était hontense, et n'osait pas raconter son délire. Ce sont les hallucinations psycho-motrices qui auraient disparu en dernier lieu ; mais, au total, l'amélioration a été relativement brusque.

Cette observation est assez banale en somme, en dehors de ce phénomène particulier d'une véritable sialorrhée paroxystique se produisant au moment où éclatent les hallucinations psycho-motrices. On ne peut prétendre ici qu'il y avait simplement une expuition volontaire, si commune chez les hallucinés, car le flux salivaire avait lieu au moment même du réveil, en même temps que l'hallucination ; la malade est très catégorique à ce sujet ; c'est d'elle-même qu'elle nous raconte ce fait, et ne laisse pas que de demander l'explication d'une chose si singulière. D'autre part, elle n'a aucune idée de possession, ni d'empoisonnement, idées qui s'accompagnent si souvent de crachotement et d'efforts d'expuition.

On ne peut guère expliquer la coïncidence de ces deux symptômes : hallucinations psycho-motrices et sialorrhée, que par l'excitation simultanée de centres corticaux très voisins (si même ils ne se confondent pas).

N'y a-t-il là qu'une simple hypothèse ? Les données sur la sialorrhée nerveuse sont, il est vrai, surtout cliniques, et ce n'est pas le lieu de rappeler ici les conditions dans lesquelles on l'observe. Ces données n'éclairaient d'ailleurs nullement le problème.

On a admis qu'il y avait un centre salivaire dans le noyau du facial. Mais Ekhard a montré que l'excitation isolée du domaine du facial ne produit pas la salivation. Cet auteur admet que ce symptôme n'est pas dû à l'excitation d'un centre particulier, car il apparaît dans toutes

les expériences où l'on produit la tétanisation par excitation d'un point moteur quelconque de l'écorce.

Bechterew a discuté cette opinion, et a fait une tentative de localisation d'un centre salivaire.

Bechterew et Mislawski (1) ont cru pouvoir déterminer deux centres (A et B) dont l'excitation électrique, si faible qu'elle soit, provoque chez le chien une abondante salivation : l'un (A) est situé à la partie moyenne de la 4^e circonvolution fondamentale, et est commun à la glande parotide et à la sous-maxillaire, l'autre (B) à la partie antérieure de la 3^e circonvolution fondamentale, propre à la sous-maxillaire seule. Il existe, il est vrai, une zone beaucoup plus étendue, dont l'excitation produit la salivation, mais alors cette excitation doit être extrêmement puissante, tandis que dans les deux points considérés la moindre électrisation suscite le phénomène. Bechterew et Mislawski remarquent que ces points ne coïncident pas avec la zone motrice, dont l'électrisation amène le tétanos expérimental, ce qui est en opposition non seulement avec les affirmations d'Eckhard (2), mais avec les recherches plus anciennes de Lépine et Bochefontaine (3).

Toutefois, en superposant les figures de B et M à la figure classique (Ferrier) des centres corticaux du chien, nous remarquerons que le point A de la 4^e circonvolution fondamentale se place au voisinage d'une zone dont l'excitation produit l'ouverture de la bouche, des mouvements d'extension et de rentrée de la langue et parfois l'aboiement (cette action est bilatérale). Le point B est au voisinage d'un centre de rétraction et d'élévation de l'angle opposé de la branche.

Ces données sont évidemment un peu schématiques,

(1) Bechterew et Mislawski. Ueber die Einfluss der Hirnrinde auf die Speichelsecretion. *Neurol. Centralb.*, 1888. Zur Frage ueber die Speichelsecretion anregenden Rindenfeldern. *Neurol. Centralb.* 1889.

(2) Eckhard. B. z. L. von der Speichelsecretion (*Zeit. f. rat. méd.*, t. 29). *Neurol. Centralb.*, 1889. *Kulz. Centralb. f. d. med. Wissenschaften*, 1875, p. 419. Braun. *Eckhard's Beiträge*, VII.

(3) Lépine et Bochefontaine. *Gazette médicale*, 1875. Influence de l'excitation du cerveau sur la sécrétion salivaire. Carville et Duret. *Arch. de physiologie*, 1875.

mais il nous a paru intéressant au moins de les citer, en l'absence de documents plus irréfutables. Elles viennent en partie à l'appui du rapprochement que nous tentons de faire entre les deux phénomènes d'origine corticale qu'a présentés notre malade (1).

Les lésions névrogliques du cortex dans la Paralyse générale (2).

M. L. MARCHAND. — Les différentes théories qui font de la paralysie générale soit une affection de nature parenchymateuse, soit une affection de nature interstitielle, trouvent chacune de fervents défenseurs; le jour n'est pas encore fait sur ce point. Est-ce la cellule nerveuse qui est lésée la première dans cette affection? est-ce le tissu de soutien? La méthode de Weigert, élective pour la névroglie, peut apporter quelque lumière sur cette question. Ne colorant dans les coupes que le tissu de soutien, elle permet de juger à la fois de sa structure et de son abondance. Depuis plusieurs années que nous la pratiquons, concurremment avec les autres méthodes de coloration, nous avons pu nous faire une opinion sur les lésions névrogliques de la méningo-encéphalite diffuse. Nos examens ont porté sur un très grand nombre de cas correspondant à différentes périodes de la maladie, et ce sont nos résultats que nous donnons aujourd'hui.

Weigert a donné une description très nette de la disposition du tissu névroglique dans le cortex normal. Nous avons eu nous-même l'occasion d'examiner plusieurs cortex sains, et c'est d'après nos préparations que nous avons dessiné ces planches. On voit immédiatement que la névroglie ne se présente pas sous la forme de cellules-araignées, telle que la montre la méthode de Golgi. On ne voit sur les préparations que des noyaux et des fibrilles. Nulle part, le corps protoplasmique

(1) J. Soury, dans son grand ouvrage, que nous n'avons eu entre les mains que postérieurement à cette communication, a repris complètement la question des centres salivaires cérébraux (*Système nerveux central*, p. 1220).

(2) Travail du laboratoire de psychologie expérimentale de l'École des Hautes-Études, à l'asile de Villejuif.

cellulaire n'est coloré. Noyaux et fibrilles névrogliques paraissent indépendants. Cependant, par places, on trouve des fibrilles qui se courbent autour d'un ou de plusieurs noyaux, et donnent pour ainsi dire le tracé périphérique d'un corps de cellule névroglique. Elles sont toujours plus nombreuses autour de ces noyaux, et peuvent être suivies très loin dans les préparations. Elles sont très fines, délicatement colorées, et conservent la même grosseur sur toute leur longueur. Elles forment parfois des courbes brusques, des ondulations, et leur entrecroisement donne naissance dans tout le cortex à un très fin lacis. Les noyaux névrogliques ont une structure qui permet de les différencier des lymphocytes. Ils ont une coloration claire, contiennent à leur intérieur un semis de petites granulations, et souvent on trouve dans un point excentrique un nucléole très apparent.

C'est là la structure générale de la névroglie normale. Dans le cortex, suivant les différentes couches, il y a quelques particularités à noter. Dans la couche moléculaire, on trouve à la périphérie même, immédiatement sous la pie-mère, une couche de fibrilles névrogliques. Ces fibrilles proviennent des cellules névrogliques placées plus profondément dans la couche moléculaire. Dans leurs mailles circulent quelques lymphocytes; mais on n'y trouve pas de fibrilles limitant des corps cellulaires névrogliques. De cette couche de fibrilles semblent se détacher une grande quantité de fibrilles qui descendent perpendiculairement à la périphérie du cortex. Elles aboutissent pour la plupart à des cellules névrogliques éparses dans la couche moléculaire. D'autres fibrilles, s'enchevêtrant avec les premières, forment un lacis assez serré. Dans les couches des petites cellules et des grandes cellules pyramidales, la névroglie est beaucoup moins abondante; elle est représentée par des fibrilles excessivement fines, qui se croisent et s'entre-croisent. Ces fibrilles proviennent de cellules névrogliques disséminées dans ces deux couches. Dans la substance blanche, on trouve la même disposition du tissu de soutien; mais les mailles formées par l'enchevêtrement des fibrilles névrogliques sont plus serrées. Il faut encore noter que les fibrilles névrogliques sont toujours plus nombreuses autour des vaisseaux sanguins.

Dans le cortex des paralytiques généraux morts au début de leur maladie, c'est-à-dire à une période où le diagnostic encore douteux était cependant affirmé par l'examen micrographique, nous avons toujours trouvé des lésions névrogliques. Ces lésions sont localisées à la périphérie même du cortex, et autour des vaisseaux. On les retrouve également dans tous les lobes.

A la périphérie du cortex, la lésion consiste dans l'épaississement de la bordure névroglique qui siège immédiatement sous les méninges. Elle est toujours plus accentuée dans les sillons, et surtout au fond de ceux-ci. Les fibrilles sont plus nombreuses et plus épaisses, et la prolifération des cellules névrogliques placées plus profondément est nettement apparente. Le protoplasma cellulaire reste encore incolore; mais les fibrilles névrogliques voisines du noyau sont épaissies. Les noyaux névrogliques sont en voie de division, et on aperçoit dans les cellules névrogliques deux ou trois noyaux contenant chacun deux nucléoles situés aux pôles opposés. Autour des vaisseaux, on retrouve la même apparence du tissu névroglique; mais les fibrilles qui viennent se terminer sur les parois vasculaires s'épaississent, se colorent vivement, semblant avides de matière colorante. A cette période de la paralysie générale, on ne trouve pas de lésion névroglique bien apparente dans les couches des petites et des grandes cellules pyramidales.

Au stade terminal de la maladie, au moment où la démence a atteint son apogée, les lésions névrogliques sont telles, que ce tissu paraît altéré dans le cortex entier. La prolifération névroglique est intense dans les différentes couches; mais la lésion reste toujours plus accentuée aux endroits où ce tissu est le plus abondant à l'état normal, c'est-à-dire à la périphérie du cortex et autour des vaisseaux.

Dans la couche moléculaire, les cellules névrogliques apparaissent comme de grosses étoiles à prolongements multiples et épais. Les prolongements, dirigés vers la périphérie, contribuent à former la bordure périphérique; celle-ci est devenue beaucoup plus large et beaucoup plus riche en fibrilles. Elle peut devenir assez épaisse pour atteindre 50 μ . Les corps des cellules névrogliques

sont colorés, et les noyaux névrogliques y sont difficiles à déceler. On a encore cependant la sensation très nette que les fibrilles névrogliques ne font que traverser ces corps protoplasmiques. Les fibrilles névrogliques sont parfois réunies en un gros prolongement, et ce n'est qu'à une distance assez grande du corps cellulaire qu'elles se séparent les unes des autres. Dans la couche des petites et des grandes cellules pyramidales, la lésion névroglique est également marquée; on y trouve une grande quantité de cellules névrogliques à prolongement épais et nombreux. Les corps cellulaires contiennent plusieurs noyaux, et parfois ceux-ci font hernie, et semblent situés en dehors de la cellule. Dans la substance blanche, il y a également prolifération des fibrilles névrogliques; mais les corps cellulaires ne sont pas aussi abondants et aussi colorés que dans la substance grise.

Autour des vaisseaux, la lésion est telle, qu'elle demande une description spéciale. On voit d'abord combien sont grosses les cellules névrogliques qui les entourent. Les prolongements névrogliques hyperplasiés atteignent en moyenne 2μ , conservant cette grosseur assez loin (20μ) du corps cellulaire. A côté de ces prolongements, on en voit d'autres qui partent aussi de la cellule, mais qui sont très fins. Arrivés auprès des parois vasculaires, les gros prolongements s'épaississent encore davantage, et semblent se terminer sur l'adventice; mais, dans les préparations bien réussies, on peut voir que ces prolongements, qui semblent ainsi se terminer en ventouses, sont continués par de très fines fibrilles qui s'écartent les unes des autres, vont plus loin, et peuvent suivre les parois des vaisseaux sur une longueur assez grande. Ces fibrilles sont visibles dans l'intérieur des gros prolongements, et sont réunies par une substance interfibrillaire peu ou pas colorée. Les fins prolongements viennent se mettre aussi en contact avec les parois des vaisseaux; mais ils ne présentent pas à leur contact avec ces parois, d'épaississements semblables à ceux des gros prolongements, et suivent les vaisseaux sur des longueurs beaucoup plus grandes que ces derniers. Gros et petits prolongements forment autour des vaisseaux un feutrage très dense. On trouve à l'intérieur de ce feutrage périvasculaire un grand nombre de cellules rondes

considérées comme des lymphocytes. Ce rapport des fibrilles névrogliques avec les parois des vaisseaux nous a permis de montrer, dans une communication antérieure (1), que les espaces lymphatiques n'existent pas autour des vaisseaux ; quand ceux-ci apparaissent dans les coupes, c'est qu'ils sont dus à des artifices de préparation.

Dans une stade intermédiaire aux deux périodes extrêmes de l'encéphalite chronique, on trouve des lésions diffuses plus ou moins avancées, mais avec une préférence toujours marquée pour le voisinage des vaisseaux et la partie la plus périphérique de la couche moléculaire. La sclérose peut cependant être plus intense dans certaines régions que dans d'autres ; et c'est ce qui explique la prédominance de tel ou tel symptôme.

Nous avons cherché s'il y avait un rapport constant entre les lésions névrogliques et les troubles démentiels. C'est là un point important ; car s'il est vrai que démence et sclérose marchent parallèlement, on peut en tirer la conclusion que les lésions interstitielles peuvent être primitives, ou tout au moins évoluer de front avec les lésions des cellules nerveuses.

D'une façon générale, on peut dire que plus la démence est accentuée chez un paralytique, plus les lésions névrogliques sont intenses. Cependant, il est des cas très intéressants qui permettent d'apporter quelque lumière sur cette question. Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de paralysie générale dans lesquels la démence était très peu accentuée, et les troubles moteurs prépondérants. Un examen minutieux nous a toujours révélé de grosses lésions névrogliques. Le cas suivant nous semble assez typique pour mériter d'être rapporté ici.

M... entre à l'asile de Villejuif, dans le service de M. Pactet, le 31 mai 1899, avec le certificat suivant : léger affaiblissement intellectuel avec dépression mélancolique, préoccupations hypochondriaques, tendance au suicide ; habitudes alcooliques anciennes.

(1) L. Marchand. Rapports des fibrilles névrogliques avec les parois des vaisseaux (Société Anatomique, 26 octobre 1900).

Antécédents héréditaires. — Le père du malade s'est suicidé par pendaison à l'âge de soixante-douze ans; il était intelligent, mais peu sobre; il buvait surtout de l'alcool; sa mère, âgée de soixante-dix-huit ans, se porte bien, elle n'est pas nerveuse. Le malade a eu trois enfants, dont deux sont morts en bas âge. Sa fille, âgée actuellement de dix-sept ans, n'a jamais été malade. M... a six frères qui se portent bien, et ne font aucun excès; ses deux sœurs sont intelligentes; son grand-père paternel est mort à quatre-vingt-huit ans, sa grand-mère paternelle à quatre-vingts ans, sans avoir jamais eu de maladies graves. M... n'a pas connu ses grands-parents maternels.

Antécédents personnels. — M... n'a jamais eu de maladie grave. Mis à l'école à six ans, il apprenait facilement. Il fit ensuite le métier de brunisseur. M... se maria à vingt-cinq ans et eut trois enfants; il ne fit jamais d'excès. Pas de syphilis d'après son dire.

Au commencement de l'année 1899, sa femme et sa fille le quittèrent brusquement; il eut un chagrin profond de cet abandon et présenta à cette époque une crise d'excitation qui détermina son entrée à l'asile. Depuis quatre mois, il avait cessé de travailler; il était devenu triste, sans énergie; il avait eu des idées de suicide à plusieurs reprises sans cependant les mettre à exécution; il n'avait jamais présenté de crises convulsives.

M... est un homme de taille moyenne, présentant un embonpoint normal. Les appareils respiratoire, circulatoire et digestif ne présentent rien de particulier; nous notons cependant une hernie double inguinale réductible. Le corps ne présente ni cicatrice ni éruption. Aucun signe physique de dégénérescence à relever. Le facies du malade exprime la tristesse; les traits sont tirés en bas et immobiles, la tête est penchée en avant, le corps et les membres sont dans l'attitude de la flexion. Le malade se meut lentement; la parole est lente et tremblée; les muscles des lèvres sont animés d'un tremblement fin pendant que le malade parle; aux mains, et surtout aux doigts, le tremblement est aussi très accusé, les réflexes patellaires sont absents. Interrogé, le malade répond avec difficulté; il semble obligé de faire un grand effort pour parler. Malgré la lenteur des réponses, on remarque que le malade répond avec justesse; il sait où il est, il donne son âge avec précision, sait le quantième du mois. D'autres questions montrent que son jugement est encore sain. Le diagnostic posé est celui de dépression mélancolique simple, l'affaiblissement intellectuel étant trop léger pour faire penser à la paralysie générale.

Quelques jours après son entrée à l'asile, le malade présente une série d'attaques convulsives (15 en deux jours), caracté-

risées par la perte de connaissance, des mouvements toniques et cloniques, de l'élévation de température. Durant ces crises, le malade urine sous lui; l'amnésie est complète après la crise.

M..., quelques mois plus tard, présente encore des crises épileptiformes, après lesquelles les troubles moteurs augmentent d'intensité, les facultés intellectuelles restant toujours aussi bonnes. Les troubles moteurs s'accroissent au point que sept mois après son entrée, on est obligé de le coucher.

Le faciès du malade est tombant, sans expression. L'embonpoint paraît normal.

Rien à noter du côté des appareils respiratoire, circulatoire et digestif.

Rien du côté des diverses sensibilités. — Du côté des yeux, on trouve une inégalité pupillaire très marquée au profit de l'œil droit. Les pupilles ne réagissent pas à la lumière; le réflexe à l'accommodation est paresseux.

Le tremblement est très accentué aux membres et à la face. Les paupières sont animées de mouvements rapides de clignement; les muscles des lèvres tremblent fortement, surtout au moment où le malade parle; la langue, tirée hors de la bouche, est alternativement rentrée et sortie (mouvements de trombone).

Les doigts sont animés aussi d'un tremblement à grosses oscillations qui s'exagère à l'occasion des mouvements.

La marche est difficile, les jambes fléchissent sous le poids du malade; celui-ci lance les jambes en avant et talonne.

Le signe de Romberg existe.

Les réflexes du poignet sont exagérés; les réflexes patellaires sont absents des deux côtés. Le réflexe de Babinski n'existe pas; c'est à peine si le malade retire la jambe au moment où on lui chatouille la plante des pieds, et le gros orteil reste dans la position normale.

On ne trouve aucune paralysie.

La parole est tremblée, les syllabes redoublées. Mêmes troubles pendant la lecture à haute voix. L'écriture est tremblée et presque illisible.

Au point de vue psychique, nous n'avons pu relever chez notre malade aucune idée délirante; il faut cependant noter chez lui un bien-être caractéristique.

La mémoire semble intacte. M... se souvient d'une façon précise de faits qui ont eu lieu il y a quelques années; il peut donner tous les renseignements qu'on lui demande sur ses antécédents héréditaires et personnels. Nous avons pu vérifier que ces renseignements étaient exacts. Son jugement est conservé. L'affaiblissement intellectuel existe cependant chez ce malade, mais à un faible degré. Cet état persista jusqu'au mois

de septembre 1900; le malade mourut après avoir présenté une série de crises épileptiformes.

L'autopsie est faite vingt-quatre heures après la mort. On trouve une congestion intense de tous les organes. Le poumon droit pèse 780 grammes, le gauche 500 grammes; les deux reins pèsent ensemble 270 grammes; le foie, 1 kil. 300, la rate, 710 grammes, le cœur, 230 grammes; l'aorte présente des plaques athéromateuses.

À l'ouverture du crâne, rien d'anormal. Il s'écoule une grande quantité de liquide au moment où l'on incise la dure-mère. L'hémisphère droit pèse 540 grammes; l'hémisphère gauche, 560 grammes; le cervelet, la protubérance et le bulbe réunis, 185 grammes. Pas d'athérome des artères de la base, pas de lésions localisées; adhérences diffuses de la pie-mère, qui est très vasculaire et très friable; granulations du quatrième ventricule. Congestion intense de tout l'encéphale; il suffit de presser légèrement la substance cérébrale pour faire sourdre le sang.

L'examen micrographique a porté sur la moelle, plusieurs régions du cortex et le cervelet.

Moelle. — Les cellules des cornes extérieures sont très altérées; elles sont ratatinées, pigmentées et leurs noyaux sont excentriques. Sclérose des cordons postérieurs revêtant la topographie du tabes. Dans les racines postérieures, disparition d'un grand nombre de tubes nerveux, surtout à la région lombaire.

Le cervelet ne présente aucune lésion.

Cortex. — Les régions du cortex examinées sont la frontale ascendante gauche, la pariétale ascendante droite, la première frontale gauche et la face interne du lobe occipital gauche.

D'une façon générale, les lésions sont également accentuées dans ces différentes régions.

Infiltration des méninges par de nombreuses cellules rondes, diapédèse autour des vaisseaux, aspect moniliforme des vaisseaux, disparition des fibres tangentiels. Telles sont les principales lésions à relever. Les cellules pyramidales sont peu touchées. Il faut noter cependant la disparition des épines sur les prolongements.

Par la méthode de Weigert pour la névroglie on se rend compte de la prolifération de ce tissu, qui est surtout abondant au niveau de la couche moléculaire. Cette dernière est parsemée d'une grande quantité de cellules à prolongements multiples couvrant de leurs ramifications la couche la plus superficielle du cortex et la partie voisine de la couche des petites cellules pyramidales.

Dans la couche des petites et des grandes cellules pyramidales, les cellules névrogliques sont aussi très abondantes. Par la méthode de Golgi, elles revêtent la forme de cellules araignées et les prolongements sont plus étendus qu'à l'état normal. Par la méthode de Weigert on ne voit que noyaux et fibrilles névrogliques ; le protoplasma cellulaire n'est pas coloré, mais les prolongements qui sont dans le voisinage des noyaux sont très épaissis, tortueux, et renferment à leur intérieur plusieurs fibrilles. Autour des vaisseaux, elles sont beaucoup plus nombreuses et forment un épais feutrage de fibrilles. Chaque cellule névroglique contient plusieurs noyaux et parmi ces noyaux on en trouve qui sont en voie de division.

D'après cette observation, on peut conclure que, dans la paralysie générale, les lésions névrogliques peuvent être diffuses, accentuées, et l'affaiblissement intellectuel léger. Un autre fait qui est en opposition avec les idées généralement admises, c'est qu'il peut y avoir des lésions névrogliques très marquées, et la cellule nerveuse rester saine. La lésion névroglique peut n'être pas consécutive aux lésions des cellules et il n'y a pas forcément un rapport constant entre les deux sortes de lésions. D'après notre examen micrographique, on voit aussi que les cellules motrices des cornes antérieures et les cellules pyramidales ne sont pas également lésées ; chez notre malade, les troubles moteurs étaient prépondérants ; aussi les cellules motrices sont-elles très atteintes. La paralysie générale est pourtant une maladie de tout le système nerveux ; cependant il existe des cas où des systèmes de neurones sont plus touchés.

On peut dire, en résumé, que la théorie parenchymateuse et la théorie interstitielle de la paralysie générale peuvent être soutenues l'une et l'autre. Il est des cas où le tissu de soutien est plus touché que le tissu noble, et réciproquement. Quand on a examiné un grand nombre de cas avec les méthodes électives de coloration les plus délicates, on voit que généralement le tissu névroglique et les cellules nerveuses sont altérés dès le début de la maladie ; la lésion des méninges et la lésion des vaisseaux est aussi toujours très marquée. A notre avis, c'est mal envisager le problème que de

vouloir attribuer une importance prépondérante aux lésions vasculaires, névrogliques ou aux lésions des cellules nerveuses. La paralysie générale est une maladie toxique ; cette toxine charriée par le sang et le liquide céphalo-rachidien altère en première ligne les méninges, la partie la plus superficielle de la couche moléculaire, les vaisseaux et leurs régions avoisinantes. Aussi, trouve-t-on au début même de la paralysie générale des lésions névrogliques dans ces différentes parties. Nous possédons pour la névroglie une méthode de coloration très délicate ; la méthode de Weigert colore les fines fibrilles névrogliques dans leurs ramifications les plus terminales. Pour la cellule nerveuse, nous n'avons pas encore de méthode de coloration assez précise pour nous montrer les lésions des prolongements. La méthode de Golgi ne donne qu'une ombre chinoise de la cellule, et dans les coupes, ce n'est que d'une façon irrégulière que les éléments sont imprégnés. La méthode de Nissl ne montre que les granulations chromophiles, substance actuellement regardée comme matière de réserve. La partie achromatique de la cellule n'est pas colorée, et il est prouvé que c'est par cette substance, par les primitives fibrilles, que se fait la conduction. Il n'est donc pas étonnant que nous ne puissions voir les lésions parenchymateuses légères, qui doivent se rencontrer dès le début de l'encéphalite chronique, avec la même netteté que les lésions névrogliques.

Des injections de sérum chez les aliénés.

M. PACTET, au nom de M. MARIE, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, donne lecture des conclusions suivantes de recherches sur les injections de sérum chez les aliénés faites avec son interne M. Buvat :

« L'étude d'ensemble faite à la deuxième section hommes, quartier Villejuif, durant l'année 1900, de la sérumthérapie appliquée à l'aliénation mentale, montre quelles ressources précieuses offre cette méthode.

Nous l'avons appliquée aux mélancoliques, aux maniaques, et les résultats ont été assez heureux.

Nous avons étendu la méthode aux paralytiques, aux épileptiques, en variant les formules de l'injection et en

incorporant au sérum l'iodure ou le bromure de sodium.

Les épileptiques et paralytiques à ictus épileptiformes se trouvent bien du sérum bromuré; le sérum ioduré a été employé pour les paralytiques spécifiques. Parallèlement à ces sérums, les malades étaient soumis à l'hypochloruration.

Nos observations ont montré que l'effort thérapeutique n'était pas vain.

Le sérum est applicable à toutes les affections mentales; nous le croyons toutefois inutile chez les délirants systématiques. Nous n'en faisons pas une méthode exclusive; bien au contraire, nous lui adjoignons toutes les médications commandées par les symptômes.

Le sérum est un stimulant de toutes les fonctions; il excite le système nerveux et débarrasse l'organisme en poussant à toutes les sécrétions éliminatoires.

Il peut donner une amélioration complète si l'élément noble, la cellule nerveuse, n'a pas été détruite par le processus morbide, sinon on assiste généralement à des améliorations partielles locales.

Les mélancoliques, les maniaques, les confus qui ont greffé une infection, une intoxication sur leur terrain pour la plupart héréditairement prédisposé et ont déliré à l'occasion de cette intoxication et de cette infection, se sont améliorés ou ont été guéris par le sérum adjoit au repos, à l'isolement et à la disparition des causes provocatrices. Le sérum ne les a pas guéris à lui seul, mais il a hâté la convalescence par le lavage du sang et par l'action excitante élective sur le système nerveux, que lui reconnaissent les auteurs.

Quelques épileptiques ont vu leurs accès s'éloigner: mais leur état dementiel, comme celui de nos paralytiques généraux, est resté tel; on ne peut demander à la sérumthérapie de faire ce dont aucune médication n'est capable, ranimer des cellules détruites; mais si le sérum ne peut guérir, il est un des bons moyens à employer pour faire marquer un temps d'arrêt au processus morbide, — et chez plusieurs paralytiques nous avons obtenu, non seulement l'amélioration de l'état physique, mais aussi la disparition des troubles mentaux accessoires, accès d'agitation, sitiophobie, troubles hallucinatoires variés greffés sur le fonds dementiel de l'affection.

Contre ce dernier on ne peut rien.

Les résultats attribués à la médication que nous appliquons sont le fait de constatations positives, et non d'une impression individuelle discutable.

Nous avons, pour parer à l'objection, cherché à faire de la thérapeutique expérimentale ; c'est-à-dire que nous l'avons contrôlée à chaque pas, à l'aide de moyens simples et de mesures courantes faciles à relever et à transformer en graphiques. Ces graphiques sont les seuls documents susceptibles de bien mettre en lumière les actions diverses du sérum considéré aux différents points de vue des fonctions multiples de l'organisme traité. C'est le seul moyen d'analyse positive d'une action thérapeutique. De tels graphiques, par leur nombre, leur variété et leur concordance clinique pour un même cas, sont le plus sûr contrôle et l'argument sans réplique de l'action thérapeutique que nous préconisons après l'avoir appliquée à de nombreux cas d'observations personnelles que nous présentons à l'appui de nos études. »

M. JOFFROY a fait usage des injections de sérum de Hayem chez un certain nombre d'aliénés ; si les résultats thérapeutiques désirés n'ont pas toujours été atteints dans tous les cas, il a constaté l'innocuité presque absolue des injections de sérum pratiquées dans des conditions d'asepsie convenable.

M. VALLON. — Je demanderai quel est exactement le sérum employé par M. Marie.

En l'absence de M. Marie, la discussion est remise au commencement de la prochaine séance.

Contribution à l'étude cytologique du liquide céphalo-rachidien. — Nombreux éléments cellulaires constatés à la fin d'un accès d'alcoolisme subaigu chez un alcoolique chronique ne présentant pas actuellement les signes de la paralysie générale.

M. JOFFROY. — La ponction lombaire n'est plus seulement à l'heure actuelle un procédé de recherches de laboratoire, elle est entrée dans le domaine de la clinique, où elle fournit déjà, et fournira plus encore dans l'avenir, des renseignements précieux. Je vais aujour-

d'hui, à ce propos, vous rapporter un fait dont l'intérêt me paraît dépasser celui d'une simple observation.

Il s'agit d'un homme âgé de trente-six ans, serrurier, entré à la clinique le 6 mai. Rien de particulièrement intéressant n'attirait l'attention sur lui et son histoire était celle d'un alcoolique chronique vulgaire présentant, à la suite d'excès récents, des symptômes d'alcoolisme aigu. X... est un buveur d'habitude qui consomme journellement, et depuis bien des années, 3 à 5 litres de vin et 3, 4, 6, 8 et jusqu'à 12 absinthes. Depuis trois mois environ il était triste et paraissait préoccupé ; mais cela s'expliquait facilement : l'ouvrage manquait, et la misère se faisait sentir dans le ménage. C'est dans ces conditions que, le 4 mai dernier, il annonce à sa femme qu'il a trouvé de l'ouvrage dans les environs de Paris ; et il partit très joyeux.

Trois jours plus tard, la petite ville de C... est mise en émoi par notre malade qui, à demi nu et en état d'ivresse, brise la devanture d'un magasin. On a recours aux gendarmes ; mais, sans les attendre, X... se sauve, et on ne le rejoint qu'à deux kilomètres de là, vêtu seulement d'un caleçon. Conduit au Dépôt, il fut examiné par notre collègue le Dr Legras, qui rédigea le certificat suivant : « Délire alcoolique, hallucinations, excitation, loquacité continuelle, actes extravagants ».

Le malade fut amené dans le service de la clinique et je pus l'examiner le lendemain matin. L'état s'est modifié : X... n'est plus ni délirant ni halluciné, il est simplement confus et obnubilé à la façon de certains épileptiques.

Les jours suivants, la confusion diminue encore, et le malade reprend assez rapidement possession de lui-même ; mais il reste cependant une lacune dans ses souvenirs, limitée aux événements qui ont motivé son internement.

Aujourd'hui, c'est-à-dire quinze jours plus tard, X... paraît complètement guéri, sauf l'amnésie partielle des circonstances qui ont amené son arrestation et peut-être aussi un certain degré d'affaiblissement intellectuel caractérisé par la diminution des sentiments de dignité personnelle. Il avoue, en effet, ses excès alcooliques sans honte et sans regrets, et, alors que sa femme et ses en-

fants sont dans le plus grand dénûment, il déclare que quand on le mettra en liberté il recommencera à boire, sauf à être interné une seconde fois. Ce sont là des déclarations que font volontiers quelques alcooliques impénitents, et tout ce qui précède peut facilement s'expliquer par un épisode aigu survenu à la suite d'excès récents chez un alcoolique chronique vulgaire. Y avait-il lieu chez cet homme de soupçonner la paralysie générale? On pouvait y songer assurément, mais on ne trouvait pas de raisons suffisantes pour s'arrêter à cette hypothèse.

L'amnésie partielle que nous avons signalée, ainsi que l'affaiblissement du sens moral, peuvent très bien en effet s'expliquer par l'intoxication alcoolique. Il en est de même du tremblement des mains et des doigts, qui est très accusé.

Par contre, il n'y a de tremblement ni des lèvres, ni même de la langue; il n'y a pas le moindre trouble de la prononciation, même pour les mots d'épreuve. Il n'y a pas non plus de troubles oculaires sur lesquels on puisse s'appuyer pour soutenir l'opinion d'une paralysie générale au début, car s'il y a une légère inégalité pupillaire à gauche, elle s'explique par une légère taie cornéenne de l'œil gauche et un défaut très accusé de réfraction de cet œil qui présente une myopie de six à huit dioptries environ. Quant aux réflexes lumineux et accommodateurs, ils sont absolument normaux. Le fond de l'œil est presque normal; mais cependant on constate sur le bord interne de la pupille gauche un léger staphylome (Examen du Dr Schrameck, chef des travaux ophtalmologiques à la Clinique des maladies mentales).

Disons encore que le malade nie énergiquement tout accident vénérien.

Telle était la situation, lorsqu'au onzième jour après l'entrée du malade dans le service on fit une ponction lombaire.

L'examen microscopique révéla la présence de nombreux éléments dont voici approximativement le pourcentage :

Gros éléments polynucléaires.	46
Gros éléments uninucléés.	13
Lymphocytes	41

A titre de comparaison, nous donnons ci-dessous les chiffres obtenus chez une jeune paralytique générale dont la maladie offre une forme tout à fait classique :

Gros éléments polynucléaires	17
Gros éléments uninucléés	11
Lymphocytes	72

A propos de cette observation je ferai quelques brèves réflexions :

Ou bien ce malade n'est pas et ne deviendra pas paralytique général, et alors il faudrait en conclure qu'on peut parfois trouver dans le liquide céphalo-rachidien des alcooliques des éléments en quantité pathologique, en dehors de toute complication de tabès et de paralysie générale (ce qui serait en contradiction avec ce qu'on observe habituellement dans l'alcoolisme non compliqué) ;

Ou bien notre malade est paralytique général malgré l'absence des signes cardinaux qui se révéleront plus ou moins prochainement, et alors notre observation sera des plus instructives, puisque nous aurons constaté dans le liquide céphalo-rachidien la présence des éléments cellulaires comme premier signe probant d'une paralysie générale, devançant tous les autres symptômes : la démence globale bien appréciable, l'affaiblissement général de la mémoire, les troubles de la prononciation et les troubles iriens, et qu'il sera ainsi démontré que l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien peut fournir les données d'un diagnostic précoce, alors que les signes physiques et psychiques sur lesquels on s'appuie généralement sont encore insuffisamment probants.

(Après une rémission d'une semaine environ, le malade a été repris d'agitation, et la symptomatologie s'est graduellement complétée dans le sens d'une paralysie générale.)

M. MAGNAN rappelle qu'il est des cas d'alcoolisme chronique où le diagnostic est difficile entre la paralysie générale et l'alcoolisme chronique, où les méninges sont prises ; il est probable que dans ces cas l'examen du liquide céphalo-rachidien ne donnerait pas grands renseignements utiles.

M. PAUL GARNIER demande si la ponction lombaire

a été répétée et quand on l'a pratiquée, au début ou au déclin de l'accès.

M. JOFFROY répond que la ponction n'a été pratiquée qu'une fois pendant le cours de l'accès.

M. CHRISTIAN demande à M. Joffroy quel est le résultat des recherches concernant la plus ou moins grande fréquence des lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien des paralysies générales.

M. JOFFROY répond que dans le liquide céphalo-rachidien normal il y a très peu de lymphocytes, tandis que dans le liquide céphalo-rachien des paralysies générales on en trouve en abondance.

M. NAGEOTTE peut, d'après son expérience, confirmer ce que vient de dire M. Joffroy au sujet de la différence très nette qui permet ainsi de distinguer le liquide céphalo-rachidien à l'état normal et à l'état pathologique.

La séance est levée à 6 heures.

ANTHEAUME.

SÉANCE DU 24 JUIN 1901.

Présidence de M. JOFFROY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Doutrebente, Marie, Rayneau, Trénel et Vigoureux, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages :

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Sollier, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. le Dr G. d'Oláh, de Budapest, remerciant la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

3° Une lettre de candidature de M. le Dr Ferrari, qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Klippel, Pactet et Toulouse, rapporteur ;

4° Une lettre de M. le Dr Wahl, qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Paul Garnier, René Semelaigne et Antheaume, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° *Névroses et grossesse* : par Luigi Mongeri ;
- 2° *Sur le mécanisme intellectuel du rêve*, par Bernard-Leroy et G. Tobolowska ;
- 3° *Bulletin de la Société française de Tempérance*, n° 4 et 5 ;
- 4° *Revue de l'hypnotisme*, n° de mai ;
- 5° *Annales de la Société belge de Neurologie*, n° 10.

De la folie myxoédémateuse et, en particulier, du traitement thyroïdien des psychoses. — Rapport sur un travail de M. Pilcz.

M. LEGRAIN. — Messieurs, sous ce titre, vous m'avez chargé de vous présenter une analyse d'un travail de M. Pilcz, médecin assistant à Vienne, membre de notre Société.

Je n'ai plus à vous présenter notre distingué et laborieux collègue, que vous connaissez déjà par plusieurs de ses travaux que j'ai eu à analyser devant vous. Vous savez avec quelle patience et quelle sagacité il conduit ses différentes recherches. Le présent travail en fournira une nouvelle preuve.

On sait que, dans 3 cas de myxoédème sur 60 (statistique connue), on a observé des anomalies psychiques légères ; dans 18 cas sur 46, des idées délirantes ; dans 16 sur 43, des hallucinations ; dans 16 sur 45, de véritables psychoses.

Les caractères généraux de « l'état psychique myxoédémateux » sont connus. Charcot l'a comparé à celui de certains animaux qui hibernent.

L'auteur ne s'occupe que des troubles intellectuels proprement dits, liés au myxoédème, et qui sont encore peu étudiés.

En face d'un myxoédème avec troubles mentaux, deux questions peuvent se poser : la psychose est-elle un symptôme du myxoédème ? en est-elle dépendante, au

même titre que l'hypothermie, les troubles cutanés? Ou bien y a-t-il simplement coexistence, et, dans ce cas, quelle influence le myxœdème a-t-il exercée sur les manifestations, la marche et la durée de la psychose?

Quels sont les signes qui peuvent différencier ces deux espèces?

Tels sont les points que l'auteur examine, en se basant d'une part sur une critique très serrée des cas connus et publiés, d'autre part sur l'observation suivante, que je résume :

S..., quarante-cinq ans, cultivatrice. Predisposition héréditaire. A vingt-deux ans, à la suite de couches, apparaît un état de confusion avec anxiété pendant plusieurs mois; guérison relative. Persistance de quelques craintes obsédantes, et d'idées peu précises de persécution.

Trois mois avant son entrée à la clinique (juillet 1898), apparition d'un nouvel accès mélancolique avec agitation et anxiété; nombreux troubles sensoriels.

A l'entrée, on ne constate au point de vue physique que des traces de scrofule parenchymateuse.

Au point de vue mental, c'est de la mélancolie: elle est damnée, elle ira en enfer; elle entend parler le démon; elle est amoindrie, tandis que les autres sont grands et forts.

Elle est méfiante, se voit environnée de dangers. Elle présente en outre un haut degré d'affaiblissement intellectuel. Aux questions elle répond: « Je ne sais pas »; elle s'oriente mal et n'a pas du tout conscience de sa situation.

En août, même état: idées de persécution, d'humiliation, idées de négation. Elle a des hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Pouls 76, très dépressible; point de sensibilité à la pression des troncs nerveux périphériques; pas de signes de paralysie; poids 63 kilogrammes.

Point de changement jusqu'en décembre. Le poids, descendu à 58 kilogrammes, remonte à 60. Règles en septembre. Ce sont les idées de négation qui prédominent. Résignation, mais sans excitation anxieuse. Parfois quelques obscénités en paroles.

De décembre 1898 à août 1899, elle est plus gaie, mais

conserve ses idées pessimistes. Elle voudrait bien retourner chez elle, mais sa maison, ses biens n'existent plus. — Règles en avril et en mai. — Poids augmenté de 20 kilogrammes.

En août, nouvelle dépression; refus de distractions, méfiance. Elle se plaint de vives douleurs aux extrémités, à gauche surtout.

Les jambes gonflent énormément, et deviennent impotentes; les douleurs deviennent très vives dans les pieds; sensation pénible de chaleur, au point que les couvertures sont rejetées.

La malade est apathique et se répand en plaintes monotones.

Entre temps un *myxœdème absolument typique* s'installe.

Le 22 novembre on commence la médication thyroïdienne: deux tablettes par jour. Poids, 78 kilogrammes, pouls 120.

Dans les mois suivants, le poids descend à 69. Le traitement est suspendu le 18 avril 1900.

L'état de la malade s'est amélioré très rapidement en très peu de temps; les progrès peuvent être constatés d'un jour sur l'autre.

La malade renaît à l'espérance et corrige ses idées délirantes, ainsi que toutes ses erreurs sensorielles.

Rapidement la pachydermie disparaît, l'impotence musculaire de même. Il y a un contraste convaincant entre l'état de la malade avant et après le traitement. Ce n'est point d'une simple amélioration qu'il s'agit, mais d'une cure véritable, car toute trace d'affaiblissement psychique a disparu également.

D'ailleurs le vieux principe: *Naturam morborum curationes ostendunt*, devait ici trouver son application. Car quinze jours à peine s'étaient écoulés depuis la cessation du traitement, que déjà l'état s'était de nouveau aggravé.

Le traitement est repris le 20 mai. De nouveau, tous les phénomènes morbides disparaissent. La médication continue jusqu'en août, où elle est suspendue. Mais cette fois la guérison est durable.

L'auteur pense bien que l'observation n'a pas été suffisamment longue pour qu'on puisse parler de gué-

raison définitive, et que l'on pourrait aussi contester que la cure soit bien la conséquence de la médication. Mais pourtant la disparition très rapide des accidents après médication, leur retour non moins rapide après suspension du traitement, semble bien plaider en faveur de la spécificité de la médication. D'autre part, la longue durée de la guérison après la deuxième tentative de médication, semble bien plaider en faveur d'une guérison définitive. Avec Buschan, l'auteur pense que la thyroïdine peut avoir réveillé le fonctionnement de quelque reliquat de glande thyroïde.

Et il en trouve une sorte de preuve dans son cas : la malade avait, à l'entrée, des signes de strume parenchymateuse. Le myxœdème devait par suite être la conséquence non pas de l'absence complète de thyroïde, mais de son insuffisance. Dans les quatre cas connus de guérisons analogues, survenant après médication spécifique mais disparaissant à tout jamais après cessation du traitement, les auteurs ont précisément noté l'absence de thyroïde.

M. Pilcz étudie ensuite la question de savoir si, dans son cas comme dans les cas analogues, on peut parler réellement d'une *psychose myxœdémateuse*, ou bien s'il y a seulement combinaison des deux états morbides.

Il rappelle et analyse tous les cas connus de psychoses chez des myxœdémateux et souligne que, abstraction faite de ce que l'on sait de la mentalité commune à tous ces malades, les troubles intellectuels, les folies proprement dites, n'offrent rien de spécifique : manie, mélancolie, confusion, délires multiples, tout s'observe.

L'étude symptomatique ne nous donne donc point de signes propres à la solution du problème que l'auteur s'est posé.

Beadles distingue les cas dans lesquels le myxœdème précède les troubles délirants, et ceux où la psychose comporte dans ses manifestations prochaines le développement du myxœdème.

Dans le 1^{er} cas il y aurait psychose myxœdémateuse ; dans l'autre, coexistence.

C'est vrai en général, mais des exceptions doivent exister. Il est clair en effet qu'une combinaison de myxœdème et de psychose ne peut être seulement une

affaire de temps. — On peut en outre dire ceci : les troubles cutanés que l'on considère comme pathognomoniques du myxœdème ne sont-ils pas parfois eux-mêmes d'apparition tardive (jusqu'à seize ans dans les cas de Blaise) et précédés de véritables prodromes (sommolence, troubles de la mémoire et du sentiment, etc.)? Rien ne peut s'opposer, semble-t-il, à ce que les prodromes soient eux-mêmes marqués par l'apparition d'une psychose. Et, de ce que la psychose précède le myxœdème, on ne peut conclure que l'une et l'autre ne relèvent pas d'un même processus.

Mais ne trouve-t-on pas une preuve meilleure dans l'œuvre même de la médication spécifique qui fait disparaître comme par enchantement les troubles psychiques à l'égal des autres manifestations myxœdémateuses? Les cas sont nombreux et ont été publiés (Cartner, Bédles, Hamilton, Pilcz).

Mais il reste à expliquer les cas où la médication est impuissante. Trois hypothèses alors se présentent : 1° on bien il y a coexistence vraie d'une psychose incurable avec le myxœdème ; 2° on bien, tandis que du côté des organes qui, comme la peau, sont plus résistants et plus accessibles à la régénération, la médication a opéré, au contraire, du côté du système nerveux, si sensible à l'égard des toxiques, un chimisme troublé de longue date a produit des désordres irréparables ; 3° on bien la préparation thyroïdienne a été défectueuse. On sait que cette éventualité est loin d'être à dédaigner.

Bref, l'auteur admet très nettement l'existence de psychoses myxœdémateuses, analogues à celle qu'il a décrite dans son observation. Ces psychoses figurent, au point de vue symptomatique, à côté des signes connus qui caractérisent la mentalité du crétineux. Ces psychoses sont, par rapport à cette mentalité, un peu comme serait la démence paralytique par rapport aux troubles psychiques du paralytique. De même qu'il y a des paralytiques qui restent à jamais déments, chez d'autres on constate des épisodes délirants plus ou moins marquants.

Dans la plupart des cas, les signes physiques et l'état mental caractéristique précéderont la psychose ; mais le contraire pourra se rencontrer. La simultanéité causale

des uns et des autres sera démontrée par la médication thyroïdienne.

Il n'est point douteux que, pour le diagnostic, l'existence des signes physiques est d'une très grande importance. Il serait évidemment plus précieux encore d'avoir à sa disposition des signes pathognomoniques de folie myxœdémateuse; ce serait d'un grand secours dans les cas où le myxœdème n'est pas encore apparu, et où la thérapeutique appropriée pourrait alors le prévenir. Il est difficile d'isoler de pareils signes à l'heure actuelle; toutefois, dans toutes les observations connues, on peut mettre l'accent sur certains symptômes assez constants: l'aspect particulièrement torpide, l'asthénie de la sensibilité morale malgré l'intensité des troubles délirants, une méfiance caractéristique, état de suspicion morbide coïncidant avec une profonde mélancolie.

L'auteur fait appel, de la part des médecins, à des descriptions cliniques plus détaillées que celles livrées en général à la publicité. Il faudra qu'ils insistent avec minutie sur les moindres troubles morbides précurseurs du myxœdème, en particulier sur ce que Hertoghe a appelé l'*hypothyroïdie bénigne chronique*, et dont il a donné une si complète description.

M. Pilcz termine son mémoire par une étude d'ensemble de tous les cas (plusieurs centaines) de folies non myxœdémateuses, dans lesquels, pour des raisons d'analogie clinique qu'il serait trop long de rappeler, certains médecins ont cru devoir utiliser la thyroïdine comme agent thérapeutique. Cette étude est grosse d'intérêt. Si, en raison de l'insuffisance des observations et surtout des terminologies, qui empêche de se rendre compte de la nature réelle des cas cliniques, on ne peut rien dire de certain sur l'avenir de la médication thyroïdienne en médecine mentale, il semble pourtant démontré que ce spécifique a donné de bons résultats dans beaucoup de cas désespérés. Et il conclut, avec Middlemass, qu'un médecin ne devra jamais déclarer incurable une psychose, avant d'avoir essayé la médication thyroïdienne.

Tel est le mémoire fort intéressant de M. Pilcz. J'aimerais qu'il soulevât du côté de nos collègues une discussion avec communication de cas nouveaux et de recherches nouvelles. Cela n'en vaut-il pas la peine?

quand on pense à la pénurie vraiment lamentable de notre arsenal thérapeutique!

M. RAYNEAU. — J'ai dans mon service un malade qui est revenu, il y a environ sept ans, de la Cochinchine, où il avait contracté des fièvres paludéennes. En plus des troubles mentaux qui ont nécessité son admission, il présente des signes de myxœdème (torpeur, bouffissure de la face, etc). Ces divers symptômes s'effacent sous l'influence de la médication thyroïdienne, mais réapparaissent dès que l'on suspend le traitement.

Considérations sur le délire des actes dans la paralysie générale.

M. V. TRUELLE. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous soumettre quelques considérations sur ce qu'on appelle le *délire des actes* dans la paralysie générale. Cette question sans doute n'est plus de la première fraîcheur; mais lorsqu'on vient trop tard, il faut bien se contenter de glaner dans le champ où les autres ont su faire d'amples récoltes.

C'est une chose en effet assez vieillie que le *délire des actes*, plus peut-être que son nom, qui cependant lui-même tend à disparaître de la nosographie mentale; et c'est justice, je crois. Fondée sur une division élémentaire des opérations de l'esprit en trois facultés : perception, pensée, action, la distinction du délire en trois variétés : sensoriel, intellectuel, délire des actes, s'est vue peu à peu battre en brèche, à mesure que la psychologie se précisait, et que, de la masse grandissante des faits cliniques, naissait une pathologie plus générale. Déjà, par exemple, Morel avait indiqué que bon nombre des impulsions n'étaient point les manifestations d'un trouble de la seule volonté, mais bien le résultat d'une malformation de tout l'être psychique. Par sa théorie de la dégénérescence, M. Magnan a prêté la dernière main à cette œuvre, analytique en apparence, généralisatrice en réalité. De même, le délire sensoriel a perdu de son terrain à mesure que l'on a poussé plus loin l'analyse du mécanisme des hallucinations, et que l'on a plus volontiers admis le rôle joué dans leur genèse par l'élément intellectuel. Si bien que dans son rapport au Con-

grès de Nancy, M. Séglas a pu dire : « L'hallucination ne doit pas être purement considérée comme un *délire des sensations*, suivant une expression fréquemment employée. Cela ne peut s'appliquer qu'à ses formes les plus élémentaires. Mais, dans ses formes les plus élevées, elle apparaît comme un phénomène psychologique très complexe, et revêt toutes les allures d'un véritable délire, dans le sens le plus général du mot. »

Il semble donc que cette distinction du délire en sensoriel, intellectuel et volontaire, soit un peu trop rudimentaire. Si l'on s'en tenait à la lettre, on pourrait d'ailleurs en tirer des conséquences au moins bizarres, et faire, par exemple, de l'hallucination, un délire des actes : il suffirait d'admettre avec Baillarger que la condition la plus favorable à l'éclosion des hallucinations est un arrêt dans l'exercice de la volonté sur les idées.

Pour ne pas sortir de la seule paralysie générale, il semble bien qu'il soit superflu d'y décrire à part un délire des actes.

Sans doute la connaissance de sa période médico-légale a une importance pratique telle qu'il est utile d'insister sur les actions absurdes ou délictueuses commises par les malades et qu'il est bon de différencier les paralytiques d'après les modes de leur activité, quand ce ne serait que pour juger de l'opportunité d'un internement ; mais au point de vue pathogénique, il n'apparaît pas que ces actions méritent d'y occuper une classe à part sous le nom de *délire des actes*, étant sous la dépendance d'un trouble intellectuel plus général : la démence totale et progressive.

Les auteurs qui ont le plus insisté sur ce *délire des actes* dans la paralysie générale se sont évertués à en établir une classification qui comprît tous les cas, mais qui pour cela n'est pas toujours d'une extrême netteté. C'est ainsi, par exemple, que Fortineau (1) n'en reconnaît qu'une seule catégorie : les *actes impulsifs* ; et les subdivise en : impulsifs automatiques, instinctifs, involontaires ; et l'on ne conçoit pas très bien ce dernier

(1) Fortineau. Des impulsions au cours de la paralysie générale. *Th.* Paris, 1883.

groupe opposé aux deux autres. Liantaud (1), plus précis, comprend quatre classes : actes impulsifs, instinctifs, automatiques, déductifs.

En considérant le mécanisme psychologique de ces actes, qui se trouve précisément la base de leur classification, il semble qu'on puisse ramener à deux seulement ces quatre groupes distincts, suivant qu'il existe ou non à l'origine de l'acte une idée perceptible.

Dans la dernière catégorie rentreront les actes appelés *automatiques*. Il ne manque, pour savoir exactement ce qu'il faut comprendre par là, que de s'entendre sur le sens du mot automatique appliqué aux actions humaines. Et ce n'est pas chose facile. Y a-t-il des actes véritablement automatiques, c'est-à-dire produits par une mise en jeu spontanée des centres moteurs? Nous ne le croyons peut-être que parce que nous appelons spontané ce qui échappe à notre connaissance. Tout acte, qu'il soit composé d'une série de mouvements, ou qu'il soit réduit à une simple contraction musculaire, n'est que la manifestation d'une énergie nerveuse émanant d'un centre moteur. Or si l'on admet, comme on tend à le faire de plus en plus aujourd'hui, que les lois générales de l'énergétique s'appliquent aux phénomènes biologiques, on ne peut concevoir que cette énergie se soit créée d'elle-même dans le centre moteur, dans la cellule motrice, à quelque degré hiérarchique que cette cellule, que ce centre appartiennent. Il ne saurait donc y avoir création, mais uniquement transformation d'énergie. L'acte réflexe est l'exemple le plus simple de cette transformation. Or, il ne peut être qualifié d'automatique, puisqu'il naît essentiellement d'une excitation étrangère au centre moteur. L'acte volontaire n'est pas davantage autonome, puisque c'est une variété particulière de l'activité nerveuse, une volition née d'une perception, d'une image, d'une idée, qui est transformée en une autre variété, la motricité. L'acte automatique ne doit être ni réflexe ni volontaire, et cependant il ne peut procéder que de la transformation d'une certaine énergie en énergie nerveuse motrice. A la rigueur, on peut concevoir

(1) Liantaud. Du délire des actes dans la paralysie générale. *Th.* Paris, 1892.

que des modifications biochimiques, qui sont, dans la cellule nerveuse, l'expression de cette transformation, naissent sur place, et résultent d'un trouble de l'irrigation et par suite de la nutrition, ou de toute autre cause. Mais ces derniers phénomènes eux-mêmes ne se sont pas produits sans cause, spontanément. Ainsi, il n'y aurait pas d'automatisme au sens absolu du mot, ou du moins nous nous l'imaginons difficilement. Faute de mieux on est donc réduit en clinique à définir l'acte automatique : celui qui se produit sans incitation volontaire ou réflexe connue, ce qui, il est vrai, n'explique pas grand'chose.

Quoi qu'il en soit, c'est de préférence dans la forme maniaque suraiguë de la paralysie générale, ou plus exactement dans cette variété qui rappelle le délire aigu, que s'observent ces actes dits automatiques. Alors tous les centres nerveux, ceux de la moelle, comme les centres sous-corticaux, comme ceux de l'écorce cérébrale, entrant en excitation, les malades sont pris d'une sorte de tremulation généralisée avec soubresauts des tendons, s'agitent incessamment dans une série de mouvements incoordonnés, sans but comme sans direction, souvent même sans forme pourrait-on dire, tellement ils rappellent peu ce qu'on est accoutumé à voir dans les mouvements volontaires. C'est en somme l'*agitation spasmodique* de Bayle, et il est bien difficile de décrire ces phénomènes sous le nom de « délire des actes », sans qualifier aussi de ce nom les mouvements de la chorée, par exemple ; ce qui paraît excessif, malgré le nom plus brillant que significatif de *folie musculaire* que lui donnait Bouil-land.

On peut retrouver avec les mêmes caractères ces actes dits automatiques sans que le malade soit en proie à une excitation maniaque suraiguë, dans la période ultime de la paralysie générale. Il n'est pas rare de voir de vieux paralytiques s'agiter au hasard dans leur lit, bouculer leurs draps, leurs couvertures, sans qu'il soit possible de dépister dans ces mouvements aucune intention, aucun but déterminé. On peut admettre qu'alors le cortex, presque entièrement détruit dans ses éléments nobles par la lésion anatomique, soit comme supprimé en tant qu'organe des mouvements volontaires, et en

tant qu'inhibiteur de la moelle. Ou bien, ne doit-on pas plutôt ranger parmi la catégorie des actions réflexes une grande partie de cette agitation? Il est certain en effet que les excitations extérieures jouent un grand rôle dans leur genèse; aussi les voit-on diminuer dans une notable proportion par le régime de l'alitement.

Il y aurait encore à rapprocher de ces faits l'automatisme consécutif à certaines crises épileptiformes, suivies momentanément d'une sorte d'engourdissement général du cerveau, qui paraît produire des effets assez identiques à ceux de la démence complète.

Mais, outre que ces séries de mouvements plus ou moins bien coordonnés n'ont pas par elles-mêmes une importance suffisante au milieu de l'ensemble des symptômes qui les accompagnent, nous ne sommes vraiment pas encore assez éclairés sur ce que veut dire le mot *automatique*, appliqué aux manifestations de l'activité humaine, pour qu'il y ait lieu de créer en faveur de ce groupe une variété spéciale de délire, le « délire des actes ».

Il s'en faut, du reste, que ce soient là les actes morbides les plus nombreux et les plus importants des paralytiques généraux. Ceux qui donnent à la question tout son intérêt, ceux qui justifient pour une certaine phase de la maladie son nom de période médico-légale, ce sont au contraire les faits de la première catégorie. Ici, à l'origine de l'acte, on peut voir, plus ou moins nettement il est vrai, l'idée génératrice, mais elle existe incontestablement.

Il est possible, dans ce groupe, d'établir deux subdivisions. Ou bien la volition, raisonnable ou absurde, naît et se développe en dehors de toute conception délirante, en dehors de tout phénomène sensoriel pathologique, et doit par suite son caractère morbide au seul affaiblissement des facultés intellectuelles; ou bien elle procède d'un délire surajouté à la démence. Et l'on peut dénommer les premiers *actes démentiels*, et les seconds *actes délirants*. Puisque l'acte n'est qu'une manifestation de la vie psychique, il paraît logique de subordonner ainsi son étude et sa description dans la paralysie générale à celle des troubles intellectuels. Et de même qu'il existe des paralysies générales sans délire, avec la

seule démence globale et progressive pour caractéristique psychique, et des paralysies générales avec délires surajoutés à la démence, on conçoit qu'il y ait des actes purement démentiels, et d'autres qui puissent être appelés plus proprement délirants. Mais de même aussi que les délires dans la paralysie générale tirent leurs signes distinctifs de la démence sous-jacente, de même, les actes, délirants par leur origine, sont toujours plus ou moins démentiels par leur mécanisme; en sorte que cette distinction ne saurait être absolue.

Qu'ils soient démentiels ou délirants, on peut encore avec Fortineau différencier ces actes d'après leur processus, en *impulsifs* et *déductifs*.

Selon que l'acte suit immédiatement, malgré ou plutôt en l'absence des réducteurs secondaires, en l'absence des phénomènes d'inhibition, la pensée née elle-même brusquement dans le champ de la conscience; ou selon, au contraire, que l'acte est raisonné, que l'idée primordiale a passé par toute la filière des combinaisons, des associations qu'elle éveille, l'acte peut en effet être dit *impulsif* ou *déductif*.

De fait, l'impulsivité est un caractère que l'on observe très fréquemment dans les actes des paralytiques généraux. Mais il ne faut pas la confondre avec l'impulsion vraie des dégénérés. Celle-ci, envisagée dans le sens que M. Magnan lui a donné, est en effet très exceptionnelle, si même elle est possible au cours de la paralysie générale. L'impulsion, syndrome épisodique, nécessite pour se développer un fonctionnement cérébral sinon intègre, puisque les dégénérés syndromiques sont avant tout des déséquilibrés, du moins non affaibli au degré où il l'est dans la paralysie générale. On ne conçoit pas, en effet, comment, avec la difficulté pour les images mentales de revivre en tant que souvenirs personnels, comment, avec la disparition plus ou moins complète des facultés de synthèse, avec l'affaiblissement de la volonté et l'anesthésie émotive, et surtout avec la dissociation des états de conscience qui constituent la démence paralytique, pourrait naître et se développer ce syndrome morbide si complexe qu'est l'impulsion vraie. Tout au plus, et très exceptionnellement, tout à fait dans la période de début de la maladie, alors que la

dissociation psychique démentielle est encore peu prononcée, a-t-on pu en signaler quelques exemples.

Les actes impulsifs des paralytiques procèdent d'un mécanisme tout autre, qui trouve précisément son explication dans l'affaiblissement généralisé des facultés mentales. En vertu de la dissociation psychique qui caractérise dès le début la démence spéciale à l'encéphalite chronique diffuse, l'idée de l'action survenant brusquement dans le champ de la conscience se trouve pour ainsi dire à l'état d'isolement, sans rapport, sans liaison directe avec les états de conscience préexistants. On conçoit dès lors comment cette représentation, qui elle-même n'est qu'un mouvement en puissance, passe immédiatement à l'acte, par défaut de la représentation des moyens et des obstacles, par manque des *réducteurs secondaires* qui, normalement, inhibent la plupart de ces tendances à l'action, qui naissent en foule dans notre cerveau. C'est ainsi, par exemple, qu'un paralytique général, pris tout à coup du désir de monter à l'étage supérieur où l'attend un « magnifique repas servi », bondit, se précipite par le pied de son lit, et inconscient de la difficulté de l'acte, de la hauteur du saut à accomplir, trébuche dans sa table de nuit dont il n'a pas prévu l'obstacle, et va s'étaler par terre.

Plus rarement le mécanisme de l'action se rapproche de la normale par ses composants. C'est-à-dire que la volition, au lieu de naître brusquement, comme tout à l'heure, procède d'un travail d'association préalable, et l'action qui succède n'a pas davantage cette soudaineté. Ces actes dits déductifs sont donc raisonnés. Pourtant, ils sont pathologiques; et cette tare, ils peuvent la devoir à deux facteurs. Ou bien en effet leur point de départ est un trouble sensoriel ou une conception délirante, ou une idée démentielle absurde, d'où, faussés dès leur origine, ils procèdent ensuite plus ou moins logiquement; ou bien l'idée initiale naît en dehors de tout délire, elle paraît raisonnable en elle-même, mais la démence retrouve ses droits dans l'accomplissement de l'acte, dévoyant les associations d'idées, faussant le jugement, faisant du raisonnement un paralogisme, créant en un mot cet autre caractère, non moins fréquent, des actes, chez les paralytiques généraux : l'*absurdité*.

C'est ainsi qu'un malade voulant s'enfuir de l'asile passe par la première fenêtre venue, saute dans la cour, voit une porte ouverte, la franchit, et se retrouve dans la salle qu'il vient de quitter.

Impulsifs, absurdes, souvent les actes des paralytiques sont encore répréhensibles ou franchement délictueux. Et c'est encore dans la démence que, pour la majorité des cas, il faut en chercher la cause. L'observation clinique des malades, comme les expériences de M. Walitzky (1) et d'Obersteiner, ont démontré que dès le début, la démence paralytique se caractérisait par une dissociation des états de conscience, avec affaiblissement de l'attention volontaire et de la mémoire. Ces lésions entraînent une perturbation dans le fonctionnement des opérations les plus élevées de l'esprit : comparaison, critique, jugement, raisonnement, formation des idées générales, des concepts abstraits, etc. De là résulte encore ce corollaire que les facultés productrices de l'intelligence, l'imagination, participent à cette tare générale, et sont ou diminuées, ou perverties, que le sens moral est émoussé, le sentiment de la dignité personnelle effacé.

Il est encore un autre élément qui ne manque pas de jouer un rôle important dans la genèse de ces actes délictueux, c'est l'affaiblissement de la volonté. Or cet affaiblissement est lui-même la conséquence de la dissociation psychique, la volonté, véritable caractéristique de l'individu, pouvant être considérée comme le résultat dernier de toute la synthèse mentale. Ainsi, généralement incapable de réflexion, de jugement personnel, facilement oublieux des enseignements qu'a pu lui fournir l'expérience journalière, le malade devient volontiers la proie de qui veut le diriger.

Il serait superflu d'insister sur le mode d'expression de ces actes, qui sont bien connus de tous.

Par contre, il est intéressant de chercher quels sont exactement leurs rapports avec le délire proprement dit. Contrairement à l'opinion de Burman (2) et de

(1) M. Walitzky. Contribution à l'étude des mensurations psychométriques chez les aliénés. *Rev. philos.*, décembre 1889.

(2) Burman. *Annales médico-psychologiques*, 1896.

Darde (1), qui ont cru voir entre les actes et le délire des paralytiques une relation constante de cause à effet, il semble que le plus souvent ces actes ne dérivent pas directement du délire, mais sont bien plutôt la conséquence de la démence globale. Si par exemple un paralytique commet un vol, chose banale, ce n'est pas en général, comme l'estime Burman, parce que le malade se croit possesseur de tout l'univers, et ne prend en somme que ce qui lui appartient; s'il dépense sans compter son argent, ce n'est pas uniquement, comme le pense Darde, parce qu'il se croit riche à plusieurs millions. Il suffit de se rappeler à quel point les délires des paralytiques sont mobiles, fugaces, combien sont ténues les racines qui les relient à la personnalité du malade, pour qu'il soit aisé de comprendre la difficulté qu'auraient des idées délirantes, dont le paralytique est si peu intimement persuadé, à provoquer des actes tellement en dehors de ses habitudes antérieures. Cette perversion des actes s'explique au contraire très facilement par la perte du sens moral, par l'oubli des convenances, par l'ignorance du droit et de la justice, par l'inconscience des conséquences, joints à l'affaiblissement de la mémoire, du jugement; en un mot, par la démence généralisée et progressive.

Ce n'est pas à dire que le délire ne puisse jamais jouer un rôle dans la genèse de ces actes morbides. De même que l'on a pu décrire, au début notamment de la paralysie générale, des délires à caractère systématique, de même on peut trouver dans les premiers temps de la maladie certains actes délirants qui frappent par la complexité de leur mécanisme. C'est qu'alors l'affaiblissement intellectuel généralisé n'est encore qu'en voie d'évolution, la dissociation mentale n'est qu'indiquée, le mécanisme habituel du fonctionnement psychique est en parti conservé; dans ces conditions on conçoit comment un acte peut dériver par déduction logique d'un délire préalable. J'ai présenté l'année dernière à la Société médico-psychologique l'observation d'une paralytique atteinte, au début de sa maladie, d'hallucina-

(1) Darde. Du délire des actes dans la paralysie générale. *Th.* Paris, 1874.

tions de l'ouïe à caractère particulier. Cette malade avait été frustrée deux ans auparavant, de la modique somme de six sous par une épicière du quartier ; or, dès les premiers temps de sa maladie, cette histoire longtemps oubliée renaît dans sa mémoire, avec la forme d'une idée obsédante. Une voix d'homme lui dit : « il faut te venger », et quand elle passe devant l'étalage de l'épicerie, la voix insiste : « Allons, venge-toi, prends des œufs. » A plusieurs reprises, elle résiste à cette hallucination ; mais elle finit par obéir, vole des œufs par trois fois différentes, toujours sous l'impulsion de la voix, et se fait arrêter en flagrant délit. Ici le vol apparaît donc comme le terme ultime de tout un travail mental, travail commencé par l'idée obsédante des six sous antrefois volés, complétée par l'hallucination impérative, achevée, non sans une certaine lutte, par l'acte répréhensible. Et pourtant, même dans ce cas, la démence a joué son rôle. C'est ainsi qu'au moment de son arrestation, la malade se rendait un compte très imparfait du caractère délictueux des vols accomplis et qu'elle riait du fameux coup de poing administré au garçon épicier qui l'avait arrêtée. Elle n'éprouva aucun remords ni aucune angoisse, ni aucune satisfaction pour avoir obéi au commandement de son hallucination. Elle a bien lutté un certain temps, mais sans rien ressentir de cette émotion violente qui caractérise les syndromes, et qui paraît l'expression de la défense de leur moi contre l'idée étrangère. Il semble qu'il y ait eu simplement chez cette malade un moment où la faculté d'inhibition, mise en jeu par sa personnalité morale, peu à peu battue en brèche par la démence progressive, a sombré devant une volonté plus forte. Si bien qu'une fois encore se retrouve cet affaiblissement des facultés intellectuelles, que M. Arnaud appelait fort bien le « véritable stigmatisme psychique » de la paralysie générale.

Il n'est pas besoin d'ailleurs d'une démence très prononcée pour l'éclosion de ces actes répréhensibles ; il suffit qu'elle se présente avec certains caractères propres. C'est donc plutôt, pourrait-on dire, une affaire de qualité que de quantité. On observe souvent ces délits dès le début de la paralysie générale ; mais aussi, dès le début, la démence paralytique a son cachet spécial qui

est d'être globale. Elle n'a pas porté sur telle ou telle faculté, elle n'a pas détruit, à l'exclusion des autres, tel ou tel centre d'images ; elle a interrompu sur la totalité de la substance grise, çà et là, sans localisation, un grand nombre de contacts cellulaires, comme le montre la disparition des épines protoplasmiques, disparition sur laquelle M. Klippel a si fort insisté ; ainsi, elle a « cloisonné la conscience », selon la pittoresque expression de M. Marillier. C'est donc primitivement un travail de dissociation qui se produit aux dépens des facultés intellectuelles. Or, suivant la grande loi posée par M. Ribot, cette destruction va du moins organisé au plus organisé, du plus complexe au moins complexe. On comprend dès lors que toutes ces acquisitions artificielles, en somme, et très compliquées, variables avec les individus, avec leur genre de vie, avec leur milieu social, qui constituent le caractère, la personnalité morale, soient profondément troublées dès l'origine. Aussi, d'ordinaire, dès les premiers mois, on voit le caractère des malades se modifier ; ils n'ont plus une conscience exacte de leur dignité morale, ils ne discernent plus nettement le bien du mal ; le sentiment de la justice et à plus forte raison celui de la légalité se trouvent faussés ; le respect de la propriété, produit artificiel et compliqué, tel que l'ont créé les exigences de la vie sociale, est détruit : de là les actes contraires aux usages, aux lois ; de là les vols, les actes immoraux ou obscènes ; de là en un mot l'insociabilité de ces malades.

A mesure que la déchéance intellectuelle s'accuse davantage, le paralytique va se débarrasser de plus en plus de toutes ces acquisitions nées de la civilisation et des nécessités de la vie en commun ; son état mental se simplifie par la disparition de tout travail intellectuel supérieur, et tend vers l'unique mise en jeu des instincts, et même des seules fonctions végétatives.

Nous voici donc amenés à une troisième catégorie d'actes, les actes impulsifs, qui, n'étant ni automatiques ni volontaires, ne rentreraient pas dans la classification donnée plus haut. À la rigueur on pourrait dire cependant que l'instinct n'est peut-être qu'une volition ancestrale ayant peu à peu perdu tous ses caractères intellectuels.

Quoi qu'il en soit, si l'homme, au point de vue de l'instinct, n'était pas un animal très inférieur, le paralytique arrivé à ce degré de simplification mentale pourrait encore se montrer très raisonnable, et supérieur à bien des individus sains. Théoriquement, l'homme, ainsi que tous les animaux, est doué du double instinct de la conservation de l'individu et de l'espèce. Mais notre mentalité est tellement supérieure que nous n'avons à peu près rien gardé de ces données essentielles. Alors ce pauvre paralytique qui, privé de son intelligence, devrait en être réduit à l'instinct, se trouve en réalité réduit à rien du tout. Aussi l'observation des malades montre-t-elle que tous ces actes dits instinctifs passent bien dans cette sphère inférieure du fonctionnement psychique, mais sont précisément opposés le plus souvent à l'instinct naturel. Ce sont en effet des excès génitaux plus ou moins contre nature qui n'ont rien à voir, heureusement, avec la conservation de l'espèce, des excès de boissons, des frayeurs vaines, des mouvements de défense stupides, des automutilations, qui ne sont pas davantage en rapport avec la conservation de l'individu. Les vols commis par les paralytiques, et qu'on pourrait quelquefois considérer comme une manifestation de ce même instinct de la conservation individuelle, sont eux aussi trop ridicules pour être dirigés par le seul instinct qui, théoriquement, doit être infaillible : il suffit de citer le cas de ce paralytique qui, dans la rue, vole successivement un morceau de savon, une huître et une bicyclette dont il ne sait pas se servir.

L'instinct pur n'existant pour ainsi dire plus chez l'homme, compliqué, déformé, perfectionné si l'on préfère, comme il l'est par l'intelligence, les actes instinctifs eux-mêmes des paralytiques se ressentiront donc de la démence généralisée.

En résumé, les troubles de l'activité dans l'encéphalite diffuse chronique peuvent porter sur les trois catégories d'actes : automatiques, instinctifs, volontaires.

Or, nous sommes à peu près incapables de définir l'*acte automatique* ; les *actes instinctifs* des paralytiques seraient tout justement contraires à l'instinct, si l'instinct existait d'une façon précise et parfaite chez l'homme. Il ne reste donc en somme, pour constituer la

majeure partie des actes morbides dans la paralysie générale, que les *actes volontaires* ; selon l'origine de la volition qui les commande, on peut les différencier en *démentiels* et *délirants*, avec cette réserve que ces derniers participent à certains caractères des premiers. Et ces caractères : impulsivité, absurdité, répréhensibilité, sont pour l'immense majorité des cas sous la dépendance de l'affaiblissement spécial des facultés intellectuelles.

Ainsi, dans la paralysie générale, la démence globale et progressive donne la note fondamentale à toutes les discordances de l'activité, comme elle le fait pour les troubles intellectuels proprement dits.

M. MARIE. — J'ai eu l'occasion d'observer, chez deux paralytiques généraux, de l'automatisme psychologique. L'un d'eux m'a répondu un jour avec une voix inaccoutumée; il se croyait transformé en sa femme; je l'ai fait écrire: il réclamait la sortie de son mari. Quant à l'autre malade, je l'ai trouvé un matin qui pleurait et déclarait avoir un individu dans la gorge. Et en écrivant il se substituait à cet individu. Après un certain temps sa personnalité prit le dessus.

M. TOULOUSE. — Il n'y a véritablement automatisme psychologique que lorsque l'acte, subjectivement, ne s'accompagne pas d'un état de conscience suffisamment clair.

Imbécillité et paralysie générale juvénile.

M. TOULOUSE fait au nom de M. MARCHAND et au sien la communication suivante :

Les cas de paralysie générale juvénile et même infantile sont maintenant nombreux; peu d'auteurs se refusent à admettre cette maladie chez les adolescents et les enfants. Nous avons eu l'occasion d'en relater plusieurs cas (1), et aujourd'hui nous présentons à la Société une

(1) E. Toulouse et L. Marchand. Paralysie générale ayant simulé l'idiotie. *Soc. méd. des hôpitaux*, 23 juin 1899.

E. Toulouse et L. Marchand. Paralysie générale juvénile et épilepsie. *Soc. méd. psych.*, 26 juin 1899.

L. Marchand. Un cas de paralysie générale juvénile. *Soc. méd. psych.*, mars 1900.

L. Marchand et Cl. Vurpas. Considérations sur la paralysie

nouvelle observation de paralysie générale ayant débuté à quinze ans.

L'intérêt principal de cette observation est que les symptômes de démence paralytique qu'avait présentés cette malade avaient été attribués à l'imbécillité.

La malade P..., âgée de quinze ans, entre à l'asile de Villejuif, dans le service de l'un de nous, le 17 septembre 1898, avec le certificat suivant : « Imbécillité, turbulence, attaques convulsives. »

Les antécédents héréditaires et personnels nous font totalement défaut. Durant son séjour à l'asile, P... n'a jamais été visitée, et elle-même n'a jamais pu nous donner de renseignements sur son enfance.

P... est une adolescente de petite taille (1^m41) et elle semble être dans un état d'amaigrissement prononcé; son poids n'est en effet que de 39 kil. 200. L'aspect général de la malade est celui de l'infantilisme; elle a quinze ans et on lui en donnerait à peine dix; les seins ne sont pas formés; les membres sont frêles et les poils non développés. Le crâne et la face sont asymétriques; le facies est sans expression; les dents sont mal plantées, chevauchant les unes sur les autres; les oreilles sont mal ourlées. Sur le corps, on ne relève aucune éruption, ni cicatrices. Rien d'important à noter du côté des appareils respiratoire, circulatoire et digestif.

Interrogée, la malade répond par quelques monosyllabes; ses paroles sont peu cohérentes. P... est d'ailleurs dans un état d'agitation assez marqué. Pour l'ensemble de ces symptômes, le diagnostic porté fut : Débilité mentale avec épilepsie probable.

Un mois après son entrée à l'asile, elle a un accès convulsif caractérisé par la perte brusque de connaissance, des mouvements convulsifs surtout accusés dans les membres, la morsure de la langue. Pendant l'accès, la malade urine sous elle et l'amnésie consécutive est complète; cette attaque, qui n'avait duré que quelques minutes, fut considérée comme étant de nature épileptique.

Au mois d'août 1899, l'état général semble meilleur, le poids atteint 45 kil. 300, ce qui fait un accroissement de 12 kilogrammes depuis l'entrée. A ce moment, P... a un nouvel accès convulsif.

générale à propos d'un cas de syphilis héréditaire survenue chez une jeune fille. *Soc. méd. psych.*, 26 janvier 1901.

E. Toulouse et L. Marchand. Démence précoce par paralysie générale. *Revue de psych.*, janvier 1901.

Le 12 septembre 1899, on observe que la faiblesse des membres inférieurs est devenue telle que P... se tient difficilement debout. Elle porte des contusions sur le corps, faites dans des chutes fréquentes.

Un examen attentif de cette fille nous permet de relever les symptômes suivants : la respiration paraît rude et soufflante à l'auscultation au sommet des poumons. Rien à noter du côté des appareils circulatoire et digestif. La sensibilité à la douleur est très émoussée. La force musculaire est diminuée et la marche difficile. Les membres supérieurs et principalement les extrémités sont animés d'un tremblement à grosses oscillations qui s'amplifient à l'occasion des mouvements. Les réflexes patellaires et des poignets sont exagérés ; il existe de l'inégalité pupillaire au profit de la pupille droite ; les réflexes lumineux directs et croisés sont abolis.

La parole paraît mal articulée. La malade, qui à son entrée parlait sans éveiller l'attention sur son articulation verbale, présente maintenant une parole inintelligible, à *timbre nasonné*. D'autre part, elle comprend difficilement ce qu'on lui dit, et il faut lui répéter plusieurs fois la même question pour obtenir quelques monosyllabes sans signification précise.

La mémoire et le jugement sont très affaiblis ; la malade ne peut dire le chiffre de l'année, ni le nom du mois en cours, ni dans quel établissement elle se trouve. Pendant qu'on l'examine, P... pleure et rit tour à tour et sans cause raisonnée. Il faut encore noter qu'à l'état de repos le facies de P... est sans expression et que les muscles du visage paraissent relâchés. Les jours suivants, la malade devient gâteuse ; elle marmotte tout haut des paroles incompréhensibles et parfois pousse des cris ; elle défait continuellement son lit et souvent déchire ses draps. D'autres fois elle se met toute nue. Le poids du corps a grandement diminué dans les derniers temps et n'est, le 23 novembre, que de 35 kilogrammes. La malade avait donc perdu en trois mois près de 10 kilogrammes. Cet état persiste dans les mois suivants sans modifications importantes.

Le 21 octobre 1899, on note un commencement d'escarre fessière ; au mois de février 1900, les membres inférieurs se contracturent, les jambes sont fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin ; les deux genoux sont pressés l'un contre l'autre ; il est impossible d'imprimer aux membres inférieurs des mouvements passifs et les tentatives éveillent de la douleur que la malade manifeste par des cris. Le 25 août, la température anale s'élève à 39°6.

L'agitation persiste, tandis que l'affaiblissement général de la malade s'accroît de plus en plus. Le 30 août 1900, P... est prise d'attaques convulsives avec prédominance de mouvements

dans le bras gauche; la température monte à 41°5 et la malade succombe. Son poids était alors de 25 kilogrammes.

L'autopsie est faite le lendemain. Rien de spécial à l'ouverture de l'abdomen. On note des adhérences des poumons aux parois costales. Le poumon droit pèse 285 grammes, le poumon gauche 160 grammes; tous deux présentent des petites cavernes à leur sommet; le cœur pèse 160 grammes et n'a aucune lésion valvulaire. Le foie, fortement graisseux, pèse 880 grammes; le poids de la rate est de 117 grammes. A la section du rein gauche, il s'écoule du pus jaune verdâtre des bassinets. Le rein droit pèse 65 grammes et le rein gauche 60 grammes. En somme, tous les viscères thoraciques et abdominaux sont grandement atrophiés.

A l'ouverture du crâne, qui est très épais et spongieux, il s'écoule un peu de liquide clair. Il n'y a pas d'adhérences entre la dure-mère et le crâne. Au moment où l'on incise la dure-mère, il s'échappe une grande quantité de liquide céphalo-rachidien qui n'a pu être mesurée. Le cerveau est très atrophié; l'hémisphère droit pèse 330 grammes, l'hémisphère gauche 350 grammes. La pie-mère adhère à la substance corticale, surtout au niveau des scissures de Sylvius et de Rolando. Sur les coupes de Pitres on ne trouve aucune lésion localisée, mais on remarque un élargissement considérable des ventricules latéraux. Pas d'athérome des artères des hémisphères.

Le cervelet et le bulbe pèsent ensemble 130 grammes. Sur le plancher du quatrième ventricule on remarque des granulations de l'épendyme.

Les méninges médullaires sont très congestionnées.

Le poids de la moelle est de 25 grammes.

L'examen micrographique a porté sur le cortex cérébral, le cervelet et la moelle.

Cortex. — Les différentes régions du cortex examinées sont: la région motrice droite, la région motrice gauche et le lobe occipital gauche. Les différentes méthodes de coloration qui ont été employées sont les méthodes de Nissl, de Weigert-Pal, de Weigert pour la névroglie, les méthodes de coloration à l'hématoxiline de Delafield et au picro-carmin.

Les *méninges* sont épaissies, et renferment une grande quantité de cellules rondes prenant fortement la coloration; les vaisseaux sont très dilatés.

Les *vaisseaux du cortex*, qui paraissent être beaucoup plus nombreux qu'à l'état normal, présentent autour de leurs parois un manchon de cellules rondes fortement colorées.

On retrouve cette disposition dans la substance blanche et dans la substance grise; ces parois sont très dilatées; leur épaisseur est irrégulière et offre par places l'aspect de la dégé-

nérescence hyaline que Fischl a constatée dans les tuniques musculaires.

Les *cellules pyramidales* contiennent encore un grand nombre de granulations chromophiles; très peu sont pigmentées. Les noyaux sont très apparents, mais excentriques dans la plupart des cellules. Le contour des cellules est très irrégulier; ces déformations sont dues parfois à des petites cellules rondes qui viennent s'accoler à la cellule nerveuse et l'échancrer.

La disparition de la myéline est très marquée dans les *fibres tangentiellles* du cortex, et est complète par endroits. La strie de Baillarger est elle-même à peine dessinée sur les coupes traitées par la méthode de Weigert-Pal; les fibres superradiaires et interradiaires sont aussi moins nombreuses qu'à l'état normal. Il existe des globules hyaloïdes disséminés, décrits par Adler et constatés par Dagonet dans la paralysie générale.

La *névroglie* présente, aussi bien dans les régions motrices que dans le lobe occipital, une prolifération très abondante. Dans la couche moléculaire, on voit une multitude de cellules araignées à prolongements très épais. A la périphérie même du cortex, on trouve une couche de fibrilles névrogliales très dense; dans le fond de certains sillons, on trouve de véritables villosités formées par la prolifération névrogliale qui semble suivre le trajet des vaisseaux qui pénètrent dans le cortex.

Dans les couches des grandes et des petites cellules pyramidales, il existe une grande quantité de cellules araignées, et à leur intérieur de nombreux noyaux en voie de division. Dans la substance blanche, la prolifération névrogliale existe et est plus accusée au niveau de la réunion de cette substance avec la substance grise.

Moelle. — Les mêmes méthodes de coloration ont été employées pour l'examen de la moelle.

Les *cellules* des cornes antérieures présentent les lésions suivantes: à côté de cellules dont le corps protoplasmique contient encore des granulations fortement colorées, on en voit d'autres qui sont en chromatolyse, et dont l'intérieur offre l'aspect d'un réticulum à mailles épaisses. Un grand nombre de cellules présentent une légère pigmentation. Il existe de la diapédèse autour des vaisseaux de la moelle; leurs parois sont aussi altérées que dans le cortex. Par la méthode de Weigert-Pal, on constate une légère sclérose au niveau des tractus pyramidaux; cette lésion est surtout mise en évidence par la méthode de Weigert pour la névroglie.

La névroglie est aussi très nettement en voie de prolifération dans la substance grise médullaire; on trouve, aussi bien dans les cornes postérieures que dans les cornes antérieures, des

cellules névrogliques gigantesques à prolongement très épais, très longs, et se ramifiant abondamment.

Cervelet. — Dans le cervelet on ne trouve pas de lésions cellulaires bien appréciables avec les méthodes de coloration actuelle ; mais on voit dans toutes les différentes couches de cet organe une sclérose névroglique très nette et surtout abondante dans la couche moléculaire.

L'observation que nous venons de relater montre combien le diagnostic de paralysie générale est difficile quand cette maladie se présente chez un adolescent et que les antécédents du malade font défaut. On se demande alors si la faiblesse intellectuelle est acquise ou congénitale ? C'est le problème qui se posait pour notre malade. Le diagnostic d'imbécillité porté tout d'abord était inexact ou tout au moins incomplet, puisque la faiblesse intellectuelle de notre malade était progressive. Nous avons donc affaire à une démence épileptique ou paralytique.

Il ne s'agissait vraisemblablement pas de démence épileptique, car la malade n'avait eu pendant les premiers mois de son internement qu'un seul accès convulsif, c'est-à-dire très probablement une attaque épileptiforme. D'autre part, les symptômes ordinaires de la paralysie générale et surtout l'abaissement rapide du poids du corps, qui survint tout à coup, nous firent songer à la paralysie générale. La diminution du poids du corps est un symptôme important que l'on peut constater chez tous les malades atteints de paralysie générale qui ne sont pas emportés par une affection intercurrente avant la période terminale de leur maladie. Rien n'est comparable à cette chute brusque du poids. Dans la sénilité, où tous les organes s'atrophient, où la maigreur peut être extrême, on ne trouve pas un amaigrissement aussi rapide ; les malades mettent des mois pour atteindre le terme de la cachexie sénile. Dans la paralysie générale, l'amaigrissement se fait en quelques semaines ; c'est une véritable fonte des tissus, une sorte de « phtisie nerveuse ».

Le diagnostic de paralysie générale, étayé sur les autres signes habituels (parole mal articulée, absence des réflexes pupillaires à la lumière, gâtisme, contracture des membres), devenant l'hypothèse la plus probable, il

nous restait à savoir si l'affection était survenue chez une jeune fille intelligente ou, au contraire, chez une imbécile. Les renseignements de la famille devaient lever toute difficulté ; mais notre malade ne fut jamais visitée durant son internement dans le service. Il nous a par conséquent été impossible d'établir si cette paralysie générale avait touché un cerveau normalement constitué ou incomplètement développé. Mais l'intérêt de l'observation n'est pas en ce point. L'affaiblissement intellectuel, observé à l'entrée à l'asile, était certainement sous la dépendance de la paralysie générale. Or il en a imposé un temps pour une imbécillité congénitale. Voilà la leçon à retenir.

M. VALLON. — Il me semble qu'un diagnostic s'impose : c'est celui de paralysie générale survenant chez une imbécile.

M. TOULOUSE. — Je n'ai pu avoir aucun renseignement sur le passé de la malade ; mais nous avons constaté de la faiblesse intellectuelle pouvant être rapportée à une imbécillité congénitale.

Méningite tuberculeuse à forme mélancolique.

M. VIGOUROUX. — Messieurs, l'observation que j'ai l'honneur de vous communiquer concerne un homme ayant succombé à une méningite tuberculeuse et qui, plusieurs mois avant sa mort, avait présenté un état mélancolique dont la forme clinique avait paru spéciale.

Le nommé D..., âgé de trente-trois ans, entre à l'asile de Vaucluse le 12 janvier 1901.

M. le D^r Garnier avait fait à son sujet, le 18 décembre, le certificat suivant :

Dégénérescence mentale avec dépression mélancolique, taciturnité, aspect étrange. Condamnation pour vagabondage. Transféré de la prison de la Santé.

Dans le service de l'admission, M. le D^r Magnan avait porté le même diagnostic en notant la probabilité d'hallucinations ; quinze jours après, au moment de son transfert, il le considère comme atteint de dépression mélancolique en voie de décroissance.

C'est un homme de taille moyenne, 1^m57, en état de bonne nutrition, pesant 60 kil. 500; son teint est pâle, ses traits réguliers et ne présentant aucune asymétrie ni déformation dégénérative.

Il est bien proportionné; son indice céphalique donne 88; diamètre antéro-postérieur, 181 millimètres; diamètre transversal, 159 millimètres; circonférence horizontale, 57 centimètres.

L'examen de la sensibilité générale et spéciale, de la motilité, des réflexes, etc., ne nous fait rien découvrir d'anormal.

L'auscultation et la percussion de la poitrine révèlent de la submatité s'étendant dans tout le côté gauche, et une absence complète de murmure vésiculaire.

Le malade ne tousse pas, ne crache pas; sa température est de 36°5.

Pas de strabisme ni d'embarras de la parole; la voix est cependant un peu voilée; les pupilles sont dilatées; les battements du cœur sont réguliers et normaux.

Il mange bien et son sommeil est calme et régulier.

Son aspect est en effet étrange et difficile à définir; sa physionomie exprime la lassitude et l'apathie plutôt que la dépression; il n'est pas, comme le mélancolique, renfermé en lui-même et indifférent à ce qui se passe autour de lui; il regarde au contraire aux alentours et semble observer avec attention ce qui se passe, parfois même il paraît étonné et surpris.

Interrogé, ses réponses sont brèves; on le sent facilement irritable, et l'interrogatoire paraît l'ennuyer.

Il nous dit cependant qu'il vient de la prison de la Santé où il est entré à la suite d'une condamnation pour vagabondage. On l'a transféré au Dépôt parce qu'il ne dormait pas par suite de fatigue. Il se sent toujours fatigué. Employé de commerce avant son entrée au régiment, il a fait son service militaire, mais n'a pas travaillé depuis. Il a vécu d'aumônes obtenues en chantant dans les rues et dans les cours. Il ne peut nous dire le numéro de la rue où était l'hôtel qu'il avait habité en dernier lieu.

Il prétend avoir des parents, mais ne s'en inquiète pas; ils savent bien où il est.

Où est-il? Il ne s'en soucie pas, il est ici pour se reposer. Combien de temps y restera-t-il? Ce qu'il faudra. Toutes ces réponses sont obtenues à grand-peine et en plusieurs séances, et l'on voit qu'il ne fait aucun effort pour y répondre. Dès qu'il faut préciser une date, une adresse, un nom propre, il ne répond pas, et semble penser à toute autre chose.

Une autre fois que je lui demande pourquoi il regarde autour de lui avec persistance, il répond : « Je suis ici pour observer »;

mais il ne veut ou ne peut préciser ce qu'il observe, ni dans quel but il doit le faire.

Rien dans son attitude ne peut faire admettre qu'il est halluciné ; il est très calme et discipliné. Il reste renfermé en lui-même et ne cherche à causer ni avec ses camarades ni avec les infirmiers.

Ce n'est pas un persécuté réticent. Ce n'est pas non plus un dément au sens propre du mot.

Le souvenir des événements récents est conservé en lui, et même celui des choses anciennes : témoin la réponse qu'il fit à plusieurs de ses camarades qui discutaient près de lui sur la définition d'un axiome : « C'est, dit-il, une vérité évidente par elle-même, et qui n'a pas besoin d'être démontrée. » Puis il retomba dans son attitude indifférente.

En somme, le seul symptôme dont il se plaignait était la sensation de fatigue, et son état mental pouvait se caractériser par de la torpeur intellectuelle avec avec une certaine confusion dans les idées, indifférence et apathie.

Nous n'avons eu aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires ou personnels, personne n'étant venu le visiter.

Pressé par nous d'écrire à ses parents, il écrivit d'une écriture irrégulière et hâtive : « Mes chers parents, je suis en traitement à l'hospice ; venez me voir, je vous prie ». Mais il ne met pas d'adresse. Plus tard, après un jour de parloir, où beaucoup de parents étaient venus voir leurs malades, il prétendit que sa cousine était venue. C'est la seule illusion de la vue qu'il ait manifestée.

Du mois de janvier au mois de mai il reste dans le même état d'inertie et d'indifférence, il se montre incapable de tout effort, il ne cherche à se livrer à aucun travail. Quelquefois il cirait un peu le parquet ; mais, au milieu de son travail, il s'arrêtait, semblant être plongé dans une rêverie profonde. Le plus souvent il se tenait immobile, assis ou debout, ayant un livre à la main ; il se rendait compte de ce qu'il lisait et s'en souvenait, mais souvent ses yeux étaient fixés hors de son livre.

Il se plaisait du reste à l'Asile, vivait au jour le jour, et ne s'inquiétait pas de son avenir.

Vers le 15 mars, sa santé, qui jusque-là avait été très bonne, s'altéra, et il se mit à maigrir ; il perdit 7 kilos en quelques semaines ; cependant il mangeait suffisamment, ne toussait pas, et ne présentait rien de nouveau à l'auscultation ; il se plaignait seulement d'un peu de mal de tête. Les pupilles étaient dilatées mais égales, la parole non embarrassée, les réflexes normaux.

Passé à l'infirmerie dans le mois d'avril, il est alité, mange

peu, il a de la fièvre le soir avec rémission matinale (38°5 à 39°5 le soir, et 36°5 à 37 degrés le matin).

Le ventre est dur et rétracté; les matières évacuées par lavement sont fétides; les poumons sont dans le même état: respiration nulle à gauche, normale à droite; pas de râles, submatité dans toute la hauteur du poumon gauche. Cœur normal. Réflexes normaux.

Pas de signes fonctionnels, pas de toux, pas de crachats; il se plaint de la tête, sans pouvoir localiser la douleur. Pas de strabisme. Pupilles dilatées, mais égales. Pas de photophobie.

Le pouls cependant est lent, 44 pulsations, et on observe une certaine raideur de la nuque. Il est dans un état d'apathie complète touchant à la stupeur. La langue devient sèche et se couvre d'un enduit fuligineux. Il s'affaiblit progressivement, a plusieurs syncopes, et meurt seize jours après avoir été alité.

L'autopsie révéla une méningite tuberculeuse de la base, accompagnée d'une distension considérable des ventricules cérébraux par un liquide séreux. Au niveau de la face inférieure du lobe frontal, les méninges sont épaissies, infiltrées de sérosité, et adhérentes à la substance corticale. Plus en arrière, au niveau de l'hexagone de Willis et de la protubérance annulaire, la pie-mère épaissie forme un manchon fibreux autour des nerfs craniens, et surtout du moteur oculaire commun.

A la partie antérieure de la base du cerveau, à travers les méninges épaissies et opalescentes, on voit des petites granulations de la grosseur d'un petit grain de millet. Rangées le long des vaisseaux dans le fond des sillons, elles paraissent plus nombreuses au niveau du pied de la scissure de Sylvius.

Il en existe aussi de plus grosses au niveau de la protubérance et à la partie postérieure du cervelet.

Par contre, les méninges sont normales, au niveau de la face convexe des hémisphères. L'examen histologique pratiqué au laboratoire de M. le Dr Gombault, confirma le diagnostic de méningite tuberculeuse, montra l'infiltration des méninges et de la substance corticale sous-jacente, par des cellulés rondes; les gaines périvasculaires sont surtout envahies, et par place on trouve de petits nodules, au centre desquels est une cellule géante.

L'examen des autres viscères montra l'existence de quelques granulations au sommet du poumon droit; le poumon gauche était ratatiné sur lui-même, ne contenant plus d'air, et était entouré d'une plèvre excessivement épaissie et fibreuse; des tubercules crétacés se voyaient au sommet.

Pas de granulations tuberculeuses du péritoine, pas d'ulcération dans l'intestin. Le foie, le cœur, les reins étaient normaux.

La méningite aiguë à laquelle a succombé notre ma-

lade a duré exactement quatorze jours ; depuis deux mois environ, il maigrissait et était vraisemblablement sous le coup de l'infection tuberculeuse.

A son sujet une question se pose :

Doit-on considérer la méningite à laquelle il a succombé, comme la phase terminale de l'infection tuberculeuse que présentait un mélancolique ?

Ou bien peut-on rapporter le syndrome mélancolie qu'il a présenté à une évolution chronique du processus tuberculeux dans les méninges, le malade n'ayant succombé qu'à une poussée inflammatoire aiguë ?

Est-il possible d'admettre que l'infection tuberculeuse, agissant par poussées successives dans des régions silencieuses de la base du cerveau, n'ait donné lieu à aucun symptôme localisé persistant, mais ait provoqué une méningite chronique à évolution plutôt fibreuse (pachyméningite) à laquelle pourrait être rattachée la torpeur intellectuelle et l'apathie, cet état pouvant aussi être dû, en partie, à la compression produite par l'énorme distension des ventricules par l'exsudation séreuse ?

Dans ce cas, il serait possible de rattacher à cette altération, non seulement l'état mélancolique que le malade a présenté six mois avant sa mort, mais aussi, peut-être, les modifications du caractère qui, six ans auparavant, avaient transformé cet employé actif et intelligent en un vagabond et un mendiant.

Je pose la question sans la résoudre.

Toutefois il faut remarquer qu'au point de vue clinique les troubles mentaux qu'a présentés notre malade sont un peu spéciaux, et ne rentrent pas dans le cadre de la mélancolie ordinaire, pas plus que dans celui de la confusion mentale ni de la démence précoce.

Ils se rapprochent beaucoup plus du tableau que M. le D^r Chantemesse trace, après le professeur Ball, des troubles intellectuels prodromiques de la méningite tuberculeuse : « L'esprit, dit-il, devient lourd et paresseux, ennemi à l'excès de tout travail, et sa faiblesse contraste avec son irritabilité. L'irritabilité est parfois remplacée par une insouciance sans limite ».

M. le D^r Chantemesse, dans la thèse à laquelle nous avons emprunté ces lignes, après avoir passé en

revue les manifestations délirantes qui accompagnent la période d'état de la méningite tuberculeuse, envisage aussi les cas où le processus inflammatoire lent et chronique peut n'aboutir qu'à une néoformation conjonctive méningée. Il cite un cas où la mort fut précédée d'un délire qui dura trois mois. (Observation 44.)

Il rappelle en outre une observation du D^r Rigal, dans laquelle un jeune homme présenta une céphalalgie violente quatre mois avant de succomber à une méningite. L'autopsie montra la congestion des méninges et l'hydrocéphalie.

D'autre part, le D^r Archambault, observant chez des enfants, cite des cas où la méningite aiguë a été précédée de troubles du caractère, d'irritabilité, de torpeur intellectuelle, apparaissant plusieurs semaines et même neuf mois auparavant.

Les cas de ce genre sont bien distincts de ceux où la méningite tuberculeuse est la scène terminale de l'infection chez un tuberculeux devenu phtisique, et aussi des cas dans lesquels le délire survient sans lésions méningées à la période terminale de la tuberculose pulmonaire, lorsque, par suite de l'insuffisance de l'hématose, le cerveau est, suivant l'expression du professeur Ball, grisé par l'acide carbonique.

Il serait donc possible que suivant la résistance du terrain d'une part, la virulence et la quantité des bacilles amenés par la circulation au contact des méninges de l'autre, les méninges réagissent d'une façon différente, réaction aboutissant à l'exsudation purulente ou à la néoformation fibreuse. Dans ce dernier cas, l'évolution longue et chronique de la méningite, comparable à celle de la méningite syphilitique, pourrait donner lieu à des troubles du caractère et de l'intelligence.

Un cas de gliome cérébral.

M. VIGOUROUX. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous communiquer l'observation d'un homme, à l'autopsie duquel j'ai trouvé un gliome volumineux siégeant dans le lobe sphénoïdal gauche. Cet homme, durant sa vie, avait présenté des attaques épileptiques, et quelques

semaines avant sa mort de l'aphasie sensorielle avec un certain degré d'aphasie amnésique.

Le malade Le B... est entré à l'asile de Vaucluse le 9 février 1901, avec les deux certificats suivants : Alcoolisme chronique avec démence bien caractérisée (Siredey). Affaiblissement des facultés intellectuelles avec obtusion, confusion dans les idées, propos incohérents, faiblesse musculaire (Magnan).

C'était un homme de quarante-deux ans, de taille moyenne, 1 m. 55, en bon état de santé apparente, pesant 55 kil. 500. Son corps était bien proportionné et ne présentait pas d'anomalie ni d'asymétrie. Son crâne avait comme diamètre antéro-postérieur maximum 198; et comme diamètre transversal maximum 153. La circonférence horizontale mesurait 580.

Il présentait cependant une légère asymétrie faciale due à une parésie faciale droite, parésie qui n'était mise en évidence que dans la parole ou le rire.

Sa physionomie indiquait un certain degré d'hébétude, et comme il ne répondait pas aux questions et ne semblait pas les comprendre, l'infirmier m'avertit, à la visite, qu'il était très dur d'oreille.

L'examen somatique du malade nous révéla une faiblesse musculaire notable du côté droit, avec exagération du réflexe patellaire à droite et trépidation épileptoïde du pied droit. La marche et la station debout sont cependant possibles. Le malade fauche légèrement de la jambe droite.

Pas de troubles de la sensibilité.

Les pupilles étaient égales et réagissaient, tant à la lumière qu'à l'accommodation; il n'y avait pas d'hémiopie, et le champ visuel n'était rétréci d'aucun côté.

La langue présentait de légers tremblements fibrillaires.

Les artères n'étaient pas athéromateuses.

Le foie était gros à la percussion.

L'examen de l'état mental du 11 février nous montre les apparences d'une confusion mentale, ou d'une surdité; Le B... ne répond à aucune des questions concernant son âge, sa profession, sa famille. Il parle cependant, mais ses paroles incohérentes ne se rapportent pas aux questions posées.

Voyant la déviation de sa bouche, je lui dis : Voulez-vous siffler? Il répète : siffler, mais il ne fait pas le geste demandé; à plusieurs commandements il se borne à répéter : siffler, et ce n'est que lorsque je siffle moi-même, qu'il cherche à m'imiter.

La surdité verbale est manifeste ce jour-là, et n'est pas accompagnée de surdité physique, car le malade entend le tic-tac d'une montre à une distance normale des deux côtés.

Il présente en outre de l'aphasie amnésique partielle, il a

perdu le souvenir des substantifs : il ne peut désigner aucun des objets : clef, montre, etc., qu'on lui fait voir ; il a aussi de la paraphasie, car il répond toujours aux questions et dit souvent un mot pour un autre. Mais le degré de surdité verbale, comme celui de l'aphasie motrice, était variable d'un jour à l'autre et suivant les moments de la journée. Le lendemain de son arrivée il parle spontanément, et manifeste qu'il est très troublé d'être ici, qu'il ne sait pas où il est ; il comprend certaines questions et parfois ses réponses sont justes ; quand elles sont incohérentes, il est difficile de se rendre compte si l'incohérence tient à l'aphasie ou à la surdité verbale.

Voici un exemple de conversation :

D. Comment avez-vous dormi ? — *R.* Oui.

D. Comment vous appelez-vous ? — *R.* Albert de B...

D. Quelle année êtes-vous né ? — *R.* Je ne saurais dire au juste.

D. Depuis combien de temps êtes-vous ici ? — *R.* Neuf mois, huit à neuf mois. (Il y a trois jours.)

D. En quelle année sommes-nous ? — *R.* Je ne saurais vous le dire au juste, quatre à cinq, je ne saurais le dire au juste.

Je lui présente une montre. — *R.* Il ne peut la nommer, il dit : Je sais bien ce que c'est ; il l'approche de son oreille : Elle marche, il est dix minutes moins... (Ce qui est faux.)

Je lui dis : C'est une montre. — *R.* Il répète : Oui, une montre.

Je lui présente une clef. — *R.* C'est une montre.

Je lui présente un porte-plume. — *R.* C'est une plume.

Je lui présente un encrier. — *R.* C'est un crayon ; non, c'est là-dedans qu'on met la plume.

Je lui présente une timbale. — *R.* Je sais ce que c'est, c'est le machin dans quoi on met le machin.

Je lui présente un papier. — *R.* C'est la plume.

D'un jour à l'autre il se rappelle le nom de certains objets toujours les mêmes (montres, clefs, etc.), et les dit avec à propos, mais souvent aussi sans qu'ils correspondent avec l'objet ; souvent aussi il se met en colère et ne veut pas reconnaître son erreur.

Je lui montre un jour une pièce de cinq francs. — *R.* C'est de l'argent, c'est cinquante centimes.

Je lui montre une pièce de cinquante centimes. — *R.* C'est trop petit, c'est vingt centimes.

Je lui montre une clef. — *R.* C'est cinquante centimes.

D. Non, c'est une clef. — *R.* Oui, une clef cinquante centimes.

Il ne veut pas reconnaître son erreur.

Quelquefois, il répète bien le mot qu'on lui dit : montre,

clef, etc.; d'autres fois il ne peut le répéter, après avoir prononcé correctement encre, et nous avoir désigné l'encrier — le machin où on met de l'encre, — il ne peut répéter encrier, bien que je le lui dise.

La surdité verbale apparaît plus complète quand on lui donne un ordre un peu compliqué; il en répète les derniers mots, mais ne l'exécute pas et ne manifeste pas qu'il l'ait compris.

Il comprend au contraire très bien la mimique et les gestes et souvent devine le sens du commandement qui lui est fait par la mimique. Il semble ne pas vouloir reconnaître qu'il ne comprend pas, et il ouvre la bouche quand on lui dit de fermer les yeux, etc.

La cécité verbale est complète, et est accompagnée de cécité littérale, le malade qui savait très bien lire ne peut lire l'entête du « Petit Journal », il ne peut en épeler les lettres. Nous lui montrons le « Petit Journal », il le retourne sans pouvoir lire un mot et dit : C'est curieux, autrefois je pouvais, j'en ai déjà lu. Même si nous lui mettons le journal à l'envers, il cherche à épeler, sans pouvoir y parvenir.

Cependant, si nous lui montrons une gravure représentant un homme, et que nous la lui montrions à l'envers, il la retourne pour la considérer, et nous dit que c'est une femme.

Il ne peut non plus lire l'heure, sur le cadran d'une montre, ce qui ne l'empêche pas d'énoncer avec aplomb une heure quelconque.

Il distingue les couleurs les unes des autres, mais il ne les désigne pas : bleu, bleu; noir, bleu; blanc, blanc; bleu, blanc, etc.

Agraphie. — Malgré la force musculaire très suffisamment conservée dans son bras, et l'habileté de sa main dont il se sert pour manger, il ne peut écrire que son nom et, après avoir écrit péniblement Votre Lebzay, il prétend avoir écrit Victor Albert. Il lui est impossible d'écrire sous la dictée (surdité verbale), et même de copier.

Quant on lui met en main un porte-plume et qu'on le place devant une feuille blanche, il trace toujours le même paraphe, qu'on lui mette ou non un modèle sous les yeux.

Notons enfin qu'au point de vue mental, le malade s'est montré calme et raisonnable, ne manifestant aucune idée délirante.

Il reconnaissait facilement les personnes qui le soignaient et fut très heureux de la visite de sa femme et de son fils. Il se prêtait bien à l'examen; mais il s'arrêtait quand il ne pouvait se faire comprendre, et que ses voisins riaient de l'incohérence de ses propos.

Le 24 février, quinze jours après son entrée dans le service, le malade parut abattu, dans un état d'obnubilation comparable à celui des épileptiques après la crise; il put cependant répondre quelques mots. Puis, quelques heures après, il eut une attaque apoplectique et succomba.

Sa femme nous avait donné les renseignements suivants :

Le B... n'avait aucun antécédent héréditaire; marié depuis vingt et un ans, il n'avait eu aucune maladie jusqu'à cette époque. Il eut trois enfants : deux, morts d'entérite, l'un à douze jours, l'autre à trois mois; le troisième est actuellement âgé de dix-huit ans, et est bien portant.

C'était un homme intelligent, sobre(?), travaillant de son métier de coiffeur, et gagnant bien sa vie, jusqu'en 1885.

A cette époque, il eut brusquement une attaque épileptiforme avec congestion de la face, torsion de la bouche, morsure de la langue et urination pendant l'attaque; celle-ci fut suivie d'une paralysie passagère du côté droit.

En 1890 et 1891, il eut une seule attaque par an; puis de 1892 à 1894, les crises disparurent; en 1894, survinrent des étourdissements, puis les attaques devinrent de plus en plus fréquentes. Traitées par le bromure de potassium, les attaques semblèrent diminuer de fréquence, puis reparurent assez nombreuses pour l'empêcher de travailler.

Depuis 1899, elles étaient plus fréquentes et toujours suivies de paralysie passagère du côté droit; mais depuis cette époque, il a commencé à perdre la mémoire des noms propres et celle des objets; « il les connaît pourtant, dit sa femme, mais il ne peut les désigner; il ne parvient parfois à dire le nom qu'une heure après ». Sa femme le laissait à la maison où il s'occupait à tenir le ménage.

Le 10 janvier, il eut une attaque plus forte que les autres et qui fut suivie d'une hémiplegie droite qui dura trois jours.

Sa femme n'avait pas remarqué qu'il ne pouvait pas écrire, ni qu'il ne pouvait plus lire; elle croit pouvoir affirmer qu'il pouvait le faire avant le 10 janvier. La surdité verbale n'existait pas non plus, car le malade aimait beaucoup à ce que sa femme lui lût le journal.

Sa femme l'avait fait entrer à l'hôpital Saint-Antoine dans l'espoir de lui faire suivre un traitement plus énergique; elle n'a pas su pourquoi il avait été transféré à l'asile Sainte-Anne. Jamais, à la maison, il n'avait manifesté d'idée délirante, ni commis d'actes déraisonnables.

A l'autopsie, nous avons trouvé la surface convexe de l'hémisphère gauche congestionnée dans toute son étendue, mais les méninges n'étaient ni épaissies ni adhérentes.

La base du lobe frontal présente une plaque assez large

de substance cérébrale ramollie colorée en rouge-noir. La partie antérieure du lobe sphénoïdal paraît aussi ramollie.

A la face inférieure de l'hémisphère gauche se voit une tumeur lobulée, de la grosseur d'une demi-mandarine, formée d'une substance ayant l'apparence de la substance grise cérébrale, molle au toucher; elle repose sur les deux tiers antérieurs de la circonvolution de l'hippocampe, empiétant sur sa face interne, se développant en avant et en dedans et comprimant fortement le pédoncule cérébral qui est à ce niveau.

Les coupes vertico-transversales de Pitres nous montrent que la tumeur a pris une grande extension dans tout l'hémisphère qu'elle a envahi dans tous les sens, sans qu'il soit possible, à l'œil nu, d'en fixer les limites. Dans certaines parties, elle est de consistance molle, gluante, et de coloration rosée; dans d'autres parties elle est ramollie, et a été le siège d'hémorragies multiples qui lui donnent l'aspect rouge-noir que nous avons déjà signalé.

La coupe préfrontale nous révèle que les circonvolutions orbitaires et une partie de la substance blanche qui les touche sont envahies.

La coupe pédiculo-frontale montre, en plus de l'envahissement de l'extrémité postérieure des circonvolutions orbitaires, l'existence d'une hémorragie siégeant entre l'extrémité antérieure du noyau caudé et les circonvolutions de l'insula de Reil. La substance blanche dans laquelle s'était faite cette hémorragie, paraissait également gliomateuse.

Les coupes pariétales et pédiculo-pariétales font voir l'envahissement du lobe sphénoïdal. A ce niveau, les circonvolutions de l'hippocampe et occipito-temporale externe sont détruites et font corps avec la tumeur; cette dernière semble, au contraire, avoir repoussé au dehors les circonvolutions pariétales qui ont l'apparence normale à l'œil nu.

Mais ce n'est là qu'une apparence, et l'examen histologique, en même temps qu'il nous montra la nature gliomateuse de la tumeur, dévoila que ses limites étaient impossibles à définir; des petites cellules de névroglie avaient, en effet, envahi les parties saines en apparence, et avaient remplacé les cellules nerveuses; les fibres également étaient extrêmement finés.

L'examen microscopique fit voir que la tumeur était composée de petites cellules rondes formées d'un noyau et d'un protoplasma peu considérable; le réticulum sur lequel reposent les cellules est très difficile à voir. La tumeur est très vasculaire. Au milieu des petites cellules névrogliques on trouve quelques cellules nerveuses de forme pyramidale et à prolongements, qui se distinguent nettement des petites cellules.

La nature gliomateuse de la tumeur est évidente.

L'examen des autres organes ne présente rien d'intéressant ; le foie était gros et pesait 1.780 grammes ; le cœur était normal.

Les poumons présentaient quelques adhérences pleurales et possédaient deux tubercules crétacés au sommet.

Bien que l'absence de limite de cette tumeur envahissante du cerveau et la complexité des désordres qu'elle a provoqués empêchent complètement de penser à l'utiliser dans l'étude des localisations cérébrales, cette observation m'a paru digne d'intérêt à plusieurs points de vue.

1° Malgré son volume et l'envahissement progressif du lobe sphénoïdal et d'une partie du lobe frontal, elle n'a donné lieu qu'à des attaques épileptiques ne présentant aucun caractère particulier, l'hémiparésie et la trépidation épileptoïde pouvant être mise sur le compte de la compression exercée sur le pédoncule cérébral.

2° Il semble que ce soient les hémorragies survenues dans le tissu gliomateux qui aient provoqué l'aphasie sensorielle, accident de la période terminale.

3° D'autre part, il est intéressant de rappeler combien souvent est délicat le diagnostic entre l'incohérence véritable de l'aliéné et l'incohérence apparente du malade atteint de surdité verbale, surtout quand celle-ci s'accompagne, comme elle le fait le plus souvent, d'aphasie motrice ou de paraphasie.

Cette difficulté a été signalée depuis longtemps, puisque Baillarger en fait mention dans son discours à l'Académie de Médecine ; il serait peut-être intéressant de savoir si elle se présente souvent dans les services d'aliénés : depuis un an je l'ai déjà rencontrée deux fois.

J'ai encore dans mon service un malade, transféré de l'hôpital comme dément, et qui actuellement ne présente que de l'aphasie sensorielle complète avec jargonophasie. Bien que ce malade ait complètement perdu la faculté d'exprimer ou de comprendre le langage parlé ou écrit, il se rend très bien compte de sa situation, il comprend la mimique et s'exprime par elle à l'aide de signes compréhensibles ; il travaille et rend des services ; et, pour lui, la question se pose de savoir s'il est ou non aliéné.

M. DUPAIN. — J'ai dans mon service un malade offrant des symptômes à peu près semblables.

M. BRIAND. — Beaucoup de malades, placés à l'asile comme déments, ne sont que des affaiblis avec lésions circonscrites, et non des aliénés.

M. PACTET. — Le diagnostic de tumeur cérébrale ne peut parfois se faire qu'à l'autopsie. Un de mes malades, considéré comme épileptique simple, fut pris d'un délire violent suivi d'attaques subintrantes et de coma. A l'autopsie on trouva une tumeur du cervelet.

M. COLIN. — J'ai eu sous les yeux un cas à peu près analogue. Une jeune fille qui souffrait de violents maux de tête et présentait des attaques convulsives avait été considérée simplement comme une hystérique. Elle mourut subitement et l'autopsie fit découvrir une tumeur du cervelet.

Des injections de sérum chez les aliénés (suite).

M. MARIE, complétant la communication lue en son nom à la dernière séance par M. Pactet, dit qu'il s'est servi dans ses recherches de sérum artificiel suivant la formule de Hayem et de formules analogues où le chlorure de sodium était remplacé par une partie soit d'iodure, soit de bromure de sodium. A cette méthode était adjointe l'alimentation faiblement chlorurée.

M. BRIAND. — Je fais depuis plusieurs années des injections de liquides, dits sérums artificiels, chez les aliénés. Ainsi que je le disais ici en 1894, ces injections doivent être faites à doses massives (de 500 à 1500 gr.) si l'on veut en obtenir tout l'effet. Elles doivent aussi être répétées quotidiennement.

Dans les formes cachectiques j'emploie le sérum de Hayem. S'il y a de l'agitation, je remplace le chlorure de sodium par du bromure (6 grammes par litre). J'ai aussi employé le sérum à l'iodure de potassium, et même l'eau simple.

Depuis longtemps j'ai renoncé aux injections intra-veineuses. Je les ai remplacées par des injections sous-cutanées ou plutôt intra-musculaires, qui sont absolument inoffensives à la condition d'être faites aseptiquement.

Dans ce but j'emploie un ballon spécial, que j'ai pré-

senté ici, il y a quelques années, et qui, après stérilisation, se referme automatiquement.

Les malades supportent ces injections avec la plus grande facilité. Quelques-unes mêmes les demandent.

Sans vouloir entrer dans un exposé détaillé de la question, je puis faire connaître que c'est surtout dans les folies puerpérales, et dans la mélancolie avec agitation anxieuse, que le résultat est le plus immédiat. L'anxiété diminue dès la première injection de sérum bromuré.

Ces injections ne donnent jamais lieu aux éruptions d'acné, si fréquentes chez les malades qui prennent le bromure ou l'iodure par la voie stomacale.

Plusieurs épileptiques de mon service ont vu leur acné disparaître dès que le bromure était injecté sous forme de sérum.

A titre de curiosité, je puis citer l'observation d'une délirante chronique qui avait perdu tout sommeil par suite de son habitude de veiller pour empêcher ses persécuteurs de venir la tourmenter pendant la nuit et qui a pu dormir dès la première injection. Les troubles de la sensibilité générale s'étaient si bien atténués qu'elle demandait elle-même sa piqûre pour empêcher leur retour agressif. J'avoue que mon étonnement fut grand lorsque mon interne, M. Buvat, me fit constater le résultat obtenu.

Je n'ai jamais observé que deux abcès sur plusieurs centaines de cas où le lavage du sang fut pratiqué à la dose moyenne d'un litre par injection, et encore l'un des abcès était-il formé de pus aseptique.

On peut donc conclure que, pratiquées avec certaines précautions, les injections de sérum artificielles sont inoffensives, qu'elles ne sont jamais nuisibles, qu'elles ont une action curative très efficace dans certaines formes de la folie, et qu'elles relèvent rapidement certains états physiques defectueux.

La séance est levée à six heures.

RENÉ SEMELAIGNE.

BIBLIOGRAPHIE

Contributo clinico alla dottrina della demenza precoce (Apport clinique à la doctrine de la démence précoce), par les D^{rs} Finzi et Vedrani. — Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*. Reggio-Emilia, 1899.

Le mémoire s'ouvre par une relation détaillée d'affection mentale atypique et difficile, comme telle, à faire entrer dans une des catégories ordinaires : elle a trait à un garçon de dix-sept ans. Après examen de la symptomatologie et des anamnestiques relevés, le seul diagnostic qui paraisse devoir s'imposer est celui de démence primitive et plus particulièrement d'hébéphrénie. « L'hébéphrénie, dit Hecker, est un processus morbide qui survient à la fin de la puberté, met obstacle au développement ultérieur de l'intelligence et détermine une forme spéciale de démence. L'époque de l'éclosion, la succession ou l'alternance des différentes phases (mélancolie, manie, confusion), l'extraordinaire rapidité de l'évolution avec faiblesse psychique terminale, la forme particulière de celle-ci, induite, dès l'origine, de certains signes observés, sont autant de phénomènes qui justifient la conception d'une maladie particulière à insérer dans le cadre des vieilles classifications... » Combattues par les uns (Schüle, Krafft-Ebing, Sander, Mendel, Seppilli, Ziehen, Marro), soutenues et commentées par les autres (Aschaffenburg, Fink), reprises, enfin, plus récemment, et surtout élargies (Daraskiewicz, Sommer, Kraepelin, Scholz), les vues de Hecker sont loin d'être uniformément et universellement admises ; leurs défenseurs mêmes ne vont pas toujours d'accord, et si Fink et Kraepelin, par exemple, voient dans la catatonie de Kahlbaum une affection très voisine de l'hébéphrénie, Aschaffenburg, lui, les confond absolument et conclut à des modalités distinctes d'un processus morbide unique, dénommable « *dementia præcox* », tandis que Ildberg tient la catatonie pour une entité pathologique définie, bien à part, et que Séglas, au contraire, regarde ces états catatoniques comme des expressions mélancoliques, simples ou non, avec stupeur variable, et déve-

loppées, sans doute, sur un terrain névropathique. Ces nombreuses divergences ont amené nos auteurs à reprendre la question pour leur propre compte et à la juger au poids de l'observation clinique.

De leurs huit premiers cas, il est résulté pour eux, tout d'abord, que le syndrome *catatonie* se manifeste en maintes maladies mentales, à différents degrés; il ne constitue jamais une entité morbide, n'étant pas à lui seul toute la maladie et n'occupant que des périodes de celle-ci; il manifeste son maximum d'intensité et de durée dans certains cas de démence juvénile, très voisins de l'hébéphrénie. Les huit historiques analysés appartiennent à cette catégorie, qu'il vaut mieux toutefois dénommer *démence précoce*, ce qualificatif ayant un sens moins restreint que celui de *juvénile* et, surtout, que celui adopté par Hecker; l'un et l'autre semblent, en effet, limiter à l'adolescence cette forme psychique, susceptible pourtant d'éclosion au delà même de la trentième année. Le trait commun des observations produites réside dans un trouble mental acquis, caractérisé par son apparition au moment de l'adolescence, un contraste marqué entre l'intelligence et l'attitude, un arrêt psychique et du « négativisme ». Kahlbaum désigne sous cette expression la tendance permanente et, autant dire, instinctive que manifestent les catatoniques à se raidir contre toute sollicitation quelle qu'en soit la nature. Dans la démence précoce, se rencontrent fréquemment aussi des hallucinations et des conceptions délirantes; les unes et les autres sont hâtives et apparaissent tout au début de la maladie, ce qui permet déjà de différencier celle-ci de la paranoïa, plus ordinairement marquée à son origine par des illusions. Le dément, par intervalles, « par épisodes, prendra une attitude en harmonie avec son délire; mais, dans l'ensemble, sa tenue indique un contraste profond entre celui-ci et l'activité individuelle, entre la vie représentative et la vie, pour ainsi dire, évolutive ». L'affaiblissement mental, patent dès l'origine, permet aussi, dans l'hypothèse d'un doute possible, de différencier un dément d'un paranoïque. Un autre symptôme important, rentrant même « dans la série des lésions psycho-motrices propres à la démence précoce », est celui désigné par Forel sous le nom *Wortsalat* (salade de mots): il consiste essentiellement dans l'impuissance à unir selon la normale une représentation psychique avec son image motrice correspondante.

A côté des cas types, du reste, se rencontrent, et plus fré-

quentes encore, ainsi que la chose a lieu pour tous les processus nosologiques, des expressions anormales, que le travail de MM. Finzi et Vedrani énumère soigneusement et appuie d'exemples démonstratifs : c'est ainsi qu'ils révèlent une forme « que l'on pourrait appeler paranoïde », correspondant, mais avec plus d'exactitude dans sa détermination, aux Démence paranoïde et Paranoïa fantastique de Kraepelin. C'est là une forme de passage entre la démence précoce et la paranoïa, comme il en existe également entre la même affection et le délire maniaco-dépressif, la paralysie générale et la folie dégénérative. Le diagnostic n'est même pas toujours facile à établir : aussi, voit-on, en fouillant les registres des asiles, bon nombre de malades assurément affligés de démence précoce, qui ont été, durant toute leur vie hospitalière, grevés d'une tout autre appellation clinique. Deux symptômes pathognomoniques dominent la scène : l'arrêt psychique et le négativisme ; il en est également d'autres, mais d'une valeur un peu moindre qui, nous l'avons déjà vu, pourraient servir à éclairer la question. Les périodes terminales de la maladie apportent aussi à la diagnose un concours assuré ; « on peut, dans la démence précoce, appeler stade final celui à partir duquel on croit une rémission impossible : or, la démence existe dès le premier jour, ne rétrocede plus et peut uniquement s'accroître ; seuls changent les symptômes aigus, c'est-à-dire l'exaltation et la dépression, le négativisme, la catatonie, les idées délirantes, etc. ; ils se modifient selon des rémissions diverses et peuvent même disparaître entièrement... » Ainsi, l'immutabilité de l'arrêt psychique et des autres signes chroniques accessoires, tels que maniérisme, tics, stéréotypie, en face de l'altération progressive des signes aigus, est, pour l'observateur, un précieux élément de détermination. Même à un âge très avancé du processus, on ne saurait confondre ces sujets avec les autres déments : seuls, peut-être, les paralytiques et les séniles pourraient, au même degré, offrir une semblable indifférence, une égale absurdité d'attitudes, mais d'autres éléments subsistent qui viennent en aide au clinicien.

Le pronostic est nécessairement à réserver, « la guérison étant très difficile à reconnaître. Les phénomènes d'arrêt psychique, le maniérisme, les tics, l'absurdité du maintien, l'affaiblissement des sentiments affectifs sont des manifestations morbides qui, plus ou moins prononcées, subsistent chez les malades, alors même qu'ont disparu tous les symptômes justi-

ciables de l'asile et que les individus sont rentrés dans leurs familles... »

La marche de l'involution psychique spéciale à la démence précoce peut être : 1° progressive et subaiguë sans épisodes critiques ; 2° lente, au début, puis accélérée, après un seul épisode aigu ; 3° très lente, à travers de nombreux épisodes aigus.

Ces épisodes, parfois si rapides, si fugaces, doivent avoir pour origines « des altérations minimes, essentiellement chimiques, de l'écorce », car, ils surgissent et disparaissent trop vite pour être sous la dépendance de lésions anatomiques. Cette opinion corrobore, d'ailleurs, l'hypothèse de Kraepelin, qui fait de la démence précoce une affection d'ordre métabolique, c'est-à-dire liée aux changements physiologiques éprouvés par l'individu : témoin, sa contingence dans les étapes de la vie sexuelle, particulièrement chez la femme, en dehors de toute autre cause toxique, infectieuse ou débilitante. « L'auto-intoxication serait alors purement endogène, comme le soutient Hallervorden. »

Outre l'âge et la sexualité, il faut compter au nombre des causes importantes de la maladie une disposition latente, une constitution orientée vers les désordres intellectuels. L'hérédité certaine se rencontre, en effet, dans les trois cinquièmes des cas ; de plus, des symptômes dégénératifs se révèlent au début et au cours du mal, tels que la neurasthénie constitutionnelle, l'hystéricisme, la folie morale, la périodicité relative des rémissions, etc.

Somme toute, de l'ensemble clinique résultant des treize observations analysées par eux, ressort pour les deux collaborateurs cette conviction que « la démence précoce est une entité morbide, — ayant ses causes externes aussi bien qu'internes, nées du développement plus ou moins complet de l'individu... »

D^r NICOLAU.

Sul sintoma disorientamento (Du symptôme « Désorientation »), par le D^r J. Finzi, assistant. — Extrait de la *Rivista di patologia nervosa e mentale*, Florence, 1899.

On nomme *Désorientation* « cet ensemble de réactions psychiques démonstratif, chez un sujet, de l'imparfaite connaissance où il se trouve du lieu qu'il occupe, des personnes qui l'entourent, du temps où il vit... » Wernicke distingue trois types de désorientation (*Rathlosigkeit*), selon que la dominante vise le monde extérieur, le moi intellectuel ou le moi somatique ; mais

c'est là, certainement, une conception beaucoup trop large et sujette à produire de la confusion dans la symptomatologie qu'il importe, au contraire, de bien préciser. L'interrogatoire est le seul procédé — toujours délicat et souvent infidèle — qui permette d'apprécier la valeur de ce trouble morbide ; encore, ne peut-il être employé constamment, certains aliénés y échappant *de plano*. Sommer, s'inspirant des idées de Rieger, a essayé d'établir un questionnaire systématique en vingt-deux articles ; dont l'usage invariable, mettant les malades dans des conditions communes, permettrait, en quelque sorte, de les mesurer au même étalon. Malheureusement ce questionnaire, excessivement synthétique et compréhensif, se prête peu à l'analyse qu'il poursuit ; aussi, l'auteur l'a-t-il modifié en quelques points. Les demandes qu'il formule sont les suivantes : 1° Comment vous nommez-vous ? — 2° Que faites-vous ? — 3° Où êtes-vous né ? — 4° D'où venez-vous ? — 5° En quelle ville sommes-nous ? — 6° Dans quelle maison ? — 7° Est-ce un asile ? — 8° Quelles sont les personnes présentes ? — 9° Que suis-je, moi-même ? — 10° Pourquoi êtes-vous venu ici ? — 11° Êtes-vous malade ? — 12° Êtes-vous fou ? — 13° Qui vous a accompagné ici ? — 14° Est-il juste que vous soyez ici ? — 15° Êtes-vous satisfait d'y être ? — 16° Depuis combien de jours y êtes-vous ? — 17° En quel jour de la semaine sommes-nous ? — 18° En quel mois ou quelle saison ? — 19° A quelle date du mois ? — 20° En quelle année ? — 21° Quel âge avez-vous ? — 22° En quelle année êtes-vous né ? — 23° Venez-vous ici pour la première fois ?... — Partiellement ou en totalité, cet interrogatoire se répète à plusieurs reprises pour le même malade, et les différentes réponses obtenues sont, chaque fois, consignées en face des questions correspondantes ; de même, est-il appliqué au plus grand nombre possible d'aliénés. On peut, de la sorte, après une expérience suffisamment prolongée, obtenir une espèce de moyenne clinique pour telle ou telle question inscrite au tableau.

L'opuscule de M. Finzi a pour base trente-quatre observations et quatre-vingt-une séances. On a constaté : dans vingt et une de celles-ci, l'orientation complète ; 19 fois, une désorientation apparente due : à la leucorrhée (5), à un arrêt psychique (2), à des tics (9), ou à des idées délirantes (3) ; 25 fois, une désorientation partielle effective ayant pour cause : la dyssynésie (2), la dysmnésie (11), l'hallucination (3), le délire (5), l'indifférence (2) et l'ignorance réelle du lieu (2) ; 16 fois, la désor-

rientation réelle totale provenant de : dyssynésie (11), dysmnésie (3), dyssynésie avec hallucinations (1), dysmnésie avec idées délirantes (1). Les malades observés étaient tous de date récente et les interrogatoires successifs ont occupé une période d'environ six mois.

Du groupement en catégories naturelles, c'est-à-dire nosologiques, il résulte que la désorientation totale se rencontre essentiellement dans l'*amentia* (obnubilation et confusion mentales), et, avec une fréquence relative, dans les démences sénile et paralytique; la désorientation apparente et l'orientation normale sont plutôt le fait du délire maniaco-dépressif et de la démence précoce. En ce qui regarde le mécanisme pathogénétique de ce symptôme, il résulte des mêmes éléments d'appréciation que les troubles de la conscience entrent, pour la majeure part, dans sa forme « totale »; à la désorientation apparente, contribuent surtout les tics et la confusion verbale, dans la démence précoce, et la logorrhée, dans la manie. Quant à la désorientation partielle, on la constate un peu dans toutes les sortes morbides et sans genèse bien distincte; dans les démences sénile et paralytique seules, elle prévaut nettement, corollaire indiscutable des lésions de la mémoire. Cette même variété, analysée en fonction du temps et du lieu, n'a pas donné de résultats autrement caractéristiques : tout au plus si l'on relève à l'actif de la paralysie générale une prédominance légère de la désorientation temporaire, d'origine dysmnésique. Les chiffres sur lesquels a opéré l'auteur sont, du reste, beaucoup trop faibles pour produire, après formations nécessaires, des résultats convaincants; une étude plus nourrie de faits s'impose donc à son propre gré; il croit pourtant pouvoir conclure déjà que, « en dépit de son instabilité, le symptôme *désorientation* tendrait, selon les constatations précédentes, à se manifester sous des aspects déterminés dans chaque cadre clinique... »

D^r NICOLAU.

Contribution à l'étude des obsessions et des impulsions à l'homicide et au suicide chez les dégénérés au point de vue médico-légal; par le D^r Georges Carrier. Thèse de Paris, 1899.

Sous ce titre modeste, l'auteur, dans une thèse fort remarquable, fait une étude complète de la question.

Dans un historique parfaitement documenté, il fait ressortir

que pendant une première période s'étendant jusque vers la moitié du siècle dernier avec Pinel, Esquirol et leurs élèves, les obsessions morbides et en particulier les obsessions et impulsions au suicide et à l'homicide ont été considérées comme des monomanies. On les décrit sous le nom de *folie lucide*, *folie avec conscience*, *folie impulsive*. Malgré la résistance que cette doctrine rencontra auprès des magistrats et des avocats, elle fut adoptée par la plupart des médecins et régna en souveraine dans la médecine mentale jusqu'en 1850 environ. Fodéré, Briere de Boismont, Baillarger et Calmeil s'y rallièrent avec enthousiasme. Mais avec Falret père et Delasiauve, les manies perdent de leur valeur d'entité morbide et Morel, en 1860, en créant les états de dégénérescence, rejette complètement la doctrine des monomanies. Se fondant simplement sur l'étiologie, il rattache tous ces états morbides au cadre des folies héréditaires. Trélat, Blanche, Jules Falret, Foville pensent aussi que l'hérédité joue un rôle capital dans les impulsions morbides. Pour Régis, Séglas et Ballet, les obsessions et les impulsions morbides sont des manifestations de la neurasthénie.

A l'étranger, les uns les considèrent comme des entités malades distinctes; d'autres adoptent les idées de l'école de Sainte-Anne et les rattachent exclusivement à la dégénérescence; d'autres enfin les placent dans les états neurasthéniques.

Avec Magnan, Legrain, Sérieux et l'école de Sainte-Anne, Carrier admet que les obsessions et les impulsions morbides n'apparaissent que chez les dégénérés.

Diverses causes peuvent les faire naître : 1° des causes inhérentes à l'individu, telles que la menstruation, la grossesse, la ménopause, autant de moments physiologiques pendant lesquels l'organisme déprimé peut se laisser assombrir par l'idée obsédante, les émotions, le surmenage sous toutes ses formes, les troubles de la nutrition, les maladies infectieuses, les intoxications et enfin toutes les affections amenant un épuisement du système nerveux ;

2° Des causes extérieures, telles que la *contagion morale* et l'*imitation*.

Elles peuvent se présenter sous forme d'épidémie morale à la suite des crimes et des suicides retentissants ou des exécutions capitales.

Une période prodromique précède l'apparition des obsessions et des impulsions morbides. Ces prodromes consistent dans des troubles intellectuels de nature dépressive; on croirait

assister au début d'un accès mélancolique; puis survient la période d'état avec ses paroxysmes et ses périodes d'accalmies pendant lesquelles on retrouve le fond habituel de déséquilibre mentale.

L'obsession morbide est toujours *irrésistible*; parfois même l'acte semble précéder la pensée; le plus souvent, le malade essaie de lutter pour vaincre l'idée obsédante, mais bientôt la volonté est subjuguée et le phénomène reprend le dessus.

Le second caractère de l'obsession et de l'impulsion morbide est la *conservation de la conscience*. Cette lucidité s'observe parfois au moment même de l'impulsion.

Le troisième caractère est l'*angoisse* concomitante. Cette angoisse est en raison directe de la lutte entreprise pour se débarrasser du syndrome. Elle acquiert toute son intensité lorsqu'il s'agit d'obsessions ou d'impulsions dont l'existence même en fait pour les malades un objet d'horreur ou de répulsion.

Le dernier symptôme de l'obsession ou de l'impulsion morbides est la *satisfaction consécutive*.

Suivent un certain nombre d'observations d'obsessions et d'impulsions homicides et suicides. Elles sont particulièrement bien choisies et fort intéressantes; de plus, elles démontrent bien que chez tous ces malades le syndrome qu'ils présentent n'est qu'un symptôme de l'état dégénératif.

Les obsessions et impulsions morbides ont une durée essentiellement variable; leur marche n'a rien de typique comme tout ce qui touche au dégénéré, qui est un être essentiellement livré à la fantaisie.

Pendant toute leur vie ces malades restent sujets à des rechutes, qui peuvent être très rapprochées ou au contraire très éloignées avec des intervalles de calme parfait.

La terminaison de la crise obsédante est généralement la guérison; mais, quelquefois aussi, le syndrome complètement incorporé à l'état mental des sujets les accompagne jusqu'à leur mort. Ces états morbides ne sont jamais l'origine d'un délire proprement dit; ils peuvent coexister avec d'autres manifestations psychiques, mais ils gardent toujours leur autonomie et leur indépendance; enfin, ils ne se terminent jamais par la démence, ils ne se transforment jamais: c'est là un des caractères essentiels des syndromes épisodiques de la dégénérescence.

Ces malades étant nuisibles à la société et à eux-mêmes

doivent être surveillés de près. L'internement sera pour eux et pour tous un moyen de sécurité permettant en même temps de les traiter. On ne saurait les observer avec trop de soin, ni prendre trop de précautions pour les remettre dans la société quand ils présentent des moments d'accalmie, une simple erreur pouvant entraîner de graves conséquences.

Comme traitement, pendant les paroxysmes obsédants, on prescrira l'isolement associé au traitement moral qui agit généralement bien chez ces malades, particulièrement influençables. L'opium, le bromure, le chloral feront cesser leurs insomnies si fréquentes, tandis que l'hydrothérapie diminuera leur nervosisme.

Dans les intervalles de calme, on conseillera une hygiène sévère et la suppression de toutes les causes pouvant mettre en état d'éréthisme les centres nerveux. L'alcool, le tabac, le surmenage sous toutes ses formes, devront être proscrits.

Le diagnostic de l'obsession et de l'impulsion à l'homicide et au suicide est d'une importance considérable au point de vue médico-légal et social.

Il doit se baser, non pas seulement sur le crime lui-même, mais aussi sur l'étude bio-pathologique du malade.

Pour le D^r Carrier, l'irresponsabilité de ces malades est absolue; il rejette toute idée de responsabilité atténuée. Avec l'école anthropologique moderne, il n'admet qu'une responsabilité s'édifiant sur de pures bases biologiques et sociales.

D'où la nécessité d'une expertise prudente et sûre, faite par des médecins aliénistes ayant une connaissance approfondie de la psychiatrie.

La société doit non seulement se défendre contre les malades obsédés par l'idée homicide et suicide et les soigner, mais elle doit aussi prendre des mesures prophylactiques.

Lutter contre les causes de dégénérescence et apporter tous ses soins à l'éducation des enfants dégénérés, arriérés, soit par la création d'asiles-écoles, soit par l'annexion de classes spéciales à l'école ordinaire, seront ses moyens prophylactiques.

Les moyens de défense seront :

- a) La facilité d'internement de ces malades ;
- b) La création de quartiers spéciaux où le malade impulsif conscient ne devra pas être confondu avec les malades impulsifs inconscients ou délirants ;
- c) La création d'asiles-prisons pour les criminels moraux ;
- d) La sortie de l'asile des malades impulsifs criminels ne

pouvant s'effectuer que par jugement rendu par le tribunal, sur l'avis du médecin traitant.

D^r RAYNEAU.

Fortieth annual report of the general board of commissioners in lunacy for Scotland (Quarantième rapport annuel du bureau des commissaires pour l'aliénation mentale en Écosse). 1 vol. in-8°, Glasgow, 1898.

Rendant compte ici même, en 1897, du trente-huitième rapport des commissaires d'Écosse, je donnais un extrait de ce document dû à la plume du D^r Sutherland, dans lequel le traitement des aliénés à domicile était l'objet des louanges les plus chaleureuses. Dans le rapport actuel, nous trouvons, sans en être absolument surpris, quelques restrictions à ces éloges. Il y a une région (comtés d'Argyll et d'Inverness, îles de l'Ouest) où la pauvreté des habitants réagit fâcheusement sur la condition des aliénés placés chez eux. L'hygiène de ces derniers et celle de leurs habitations laisse fort à désirer. Ce qui est de nature à atténuer la sévérité des critiques des inspecteurs, c'est que la plupart des aliénés en question étant maintenus dans leur propre famille et confiés à leurs parents, ne font, en vivant de la vie même de ces derniers, que se conformer à leur propre destinée. Mais précisément, ce maintien de certains aliénés dans leur propre famille semble engendrer des inconvénients assez graves. Les cas qu'il a été le plus difficile de mettre sur un pied satisfaisant, remarque le D^r Macpherson, sont ceux de malades vivant chez leurs plus proches parents. On ne peut obtenir de ces derniers ce qu'on imposerait à des étrangers pour le bien-être de leurs pensionnaires; car les mesures de coercition applicables aux étrangers ne pourraient l'être à une mère par exemple, qui pèche par ignorance ou inintelligence plutôt que par mauvais vouloir ou défaut d'affection. C'est aussi dans ces mêmes circonstances qu'existe le danger d'accidents sexuels. Le rapport enregistre cette année trois grossesses survenues chez des aliénées à domicile. Toutes les trois étaient confiées à leurs mères.

Tout cela confirme, ce qu'on savait déjà, que la famille est un mauvais milieu en général pour les aliénés.

Comme d'habitude, ce rapport se compose de considérations sur l'ensemble du service avec les nombreux tableaux statis-

tiques concomitants, plus une partie annexe où chaque établissement d'Écosse recevant des aliénés (asiles royaux ou de district, asiles privés, asiles de paroisses, quartiers d'aliénés, des maisons de pauvres, institutions pour les enfants idiots, quartier spécial d'aliénés criminels) est l'objet d'une notice résumant les résultats de son fonctionnement pendant l'année écoulée.

A. CULLERRE.

Fifth annual report of the board of managers of Craig colony to the State board of charity for the fiscal year ending september 30, 1898 (Cinquième rapport annuel du bureau des administrateurs de la colonie de Craig pour l'année fiscale se terminant le 30 septembre 1898). Broch. in-8°. Buffalo, N. Y., 1898.

Dans une précédente notice nous avons déjà parlé de la colonie de Craig, fondée par l'assistance publique de l'État de New-York pour l'hospitalisation des épileptiques non aliénés.

Le 1^{er} octobre 1897, la colonie comptait 214 malades (130 hommes et 84 femmes). Durant l'exercice 1897-1898, il y a eu 157 admissions (61 hommes et 96 femmes), et 49 extinctions.

Le but de l'institution est de recevoir surtout les épileptiques susceptibles de guérison et ceux qui peuvent travailler ; mais au fur et à mesure que l'établissement se développera, aucune des autres catégories de malades ne sera repoussée, conformément d'ailleurs à l'intention des fondateurs.

Le médecin-directeur, le D^r Spratling, s'est surtout préoccupé, dans l'année écoulée, du régime diététique de ses malades. Il se loue beaucoup du pain de gluten, principalement chez les épileptiques sujets à des troubles gastro-intestinaux. Il a exigé de ses cuisiniers, pour la confection des aliments, les mêmes soins minutieux que des pharmaciens dans l'exécution de leurs préparations magistrales ; car il prétend que le régime et l'hygiène ne sont pas inférieurs, dans le traitement de l'épilepsie, au traitement pharmaceutique.

« Nous avons vu, dit-il, des résultats inespérés, presque miraculeux, d'un traitement où les drogues n'ont joué qu'un rôle accessoire ». Nous croyons bien pourtant que le D^r Spratling exagère un peu.

Les occupations principales des habitants de la colonie sont le jardinage et les travaux de la ferme. Il y a aussi une fabrique de briques qui occupe quinze pensionnaires.

L'impossibilité de se procurer des infirmières compétentes a occasionné la création d'une école professionnelle, qui a donné d'excellents résultats. Le D^r Spratling donne comme spécimen du degré d'instruction de ses infirmières un rapport de l'une d'elles relatant la description des attaques d'un malade. Je n'hésite pas à dire que beaucoup de nos internes d'asiles ne feraient pas mieux, s'ils consentaient à le faire.

De nombreuses photographies donnant des vues des différentes parties de l'établissement augmentent considérablement l'intérêt de ce document, qui d'ailleurs ne saurait être indifférent, étant donnés la destination de la colonie et l'effort relativement nouveau auquel est due sa création.

A. CULLERRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Forty-third report of the Nova Scotia hospital for the insane, for the year 1899-1900. 48 pages in-8°. Halifax, 1901.

— A l'aurore du siècle. Coup d'œil d'un penseur sur le passé et l'avenir; par Louis Büchner. Version française par le D^r L. Laloy. 1 vol. in-8° de 155 pages. Paris, Schleicher frères, 1901.

— Tic ou spasme de la face; par E. Feindel et Henry Meige. 8 pages in-8°, Extrait de la *Revue neurologique*, s. d.

— Vocabulaire médical allemand-français; par le D^r L. Hahn. 2^e édit. revue et considérablement augmentée. 331 pages in-12. Paris, G. Steinheil, 1901.

— Asile de Quatre-Mares. Rapport médical pour l'année 1900, par le D^r Lallemand. 20 pages in-8°. Rouen, 1901.

— Histoire iconographique des culs-de-jatte; par Henry Meige. 45 pages in-12 avec figures. Extrait de la *Presse médicale*, avril 1900.

— Protestant hospital for the insane. Verdun, Montreal, Québec. Annual report for the year 1900. 52 pages in-8° avec planches. Montréal, 1901.

— Le polyzoïsme; par Maurice Klippel, médecin des hôpitaux. 11 pages in-8°. Extrait des *Archives générales de médecine*, mai 1901.

— Les causes provocatrices et la pathogénie des tics de la face et du cou; par Henry Meige et E. Feindel. 8 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, s. d.

— Twenty-first annual report of the State hospital for the insane, S. E. District of Pennsylvania, Norristown, Pa., for the year ending september 30, 1900. 98 pages in-8° avec planches. The hospital printing office, 1900.

— Asile de Saint-Yon. Rapport médical pour l'année 1900; par MM. A. Giraud, directeur-médecin; Trénel et Hamel, médecins-adjoints. 23 pages in-8°. Rouen, 1901.

— Sull' importanza delle autointossicazioni nelle neuropatie et psicopatie anche nei rapporti terapeutici (De l'importance des auto-intoxications dans les maladies nerveuses et mentales, surtout au point de vue thérapeutique); par le prof. Cesare Agostini. 24 pages in-8° avec planches. Extrait des *Atti del X^o Congresso freniatico*, 1901.

— Les peintres de la médecine (écoles flamande et hollandaise). Documents nouveaux sur les opérations sur la tête; par Henry Meige. 14 pages in-8° avec planches. Extrait de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, s. d.

— Le mystère posthume. Causerie médicale sur la mort et la survie; par le D^r Li Tai. 2^e édit. 1 vol. in-18 de 192 pages. Paris, Schleicher frères, 1901.

— Degenerescencia; par le D^r Albino Pacheco, 183 pages in-8°. Thèse de Coïmbra, 1901.

— Sur le mécanisme intellectuel du rêve; par Bernard-Leroy et J. Tobolowska. 24 pages in-8°. Extrait de la *Revue philosophique*, 1901.

— Du délire aigu au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique, par les D^{rs} A. Carrier, G. Carrier et E. Martin. Rapport présenté au Congrès annuel des aliénistes et des neurologistes. Session de Limoges. 68 pages in-8°. Limoges. H. Charles-Lavauzelle, 1901.

— L'amiboïsme des cellules nerveuses. Critique des théories édifiées sur cette doctrine; par Jules Soury. 91 pages in-12. Extrait de la *Presse médicale*, juin 1901.

— Annuaire de l'internat en médecine des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, publié par l'Association amicale des internes et anciens internes. 90 pages in-12. Paris, Vigot frères, 1901.

— Eighty-seventh annual Report of the trustees of the Massachusetts general hospital. Including the general hospital in Boston, the Mc Lean hospital and the convalescent home in Waverley 1900 (87^e rapport annuel des administrateurs de l'hôpital général du Massachusetts, y compris l'hôpital général de Boston, l'hôpital Mc Lean et la maison de convalescence

de Waverley. 1900). 200 pages in-8° avec planches. Boston. *The Boston Press*, 1901.

— L'hypnotisme devant la loi ; par E. Dupré et G. Rocher. 27 pages in-8°. Clermont, 1901.

— Les délires de la jalousie. Clinique (Jalousie sénile. — Délires systématisés) ; médecine légale ; par le D^r Victor Parant fils. 120 pages in-8°. Toulouse, Ed. Privat, 1901.

— Discours prononcés aux obsèques du D^r A. Meuriot. 3 mai 1901. 16 pages in-8°. S. l. n. d.

— Cytodiagnostic céphalo-rachidien dans les maladies mentales ; par E. Dupré et A. Devaux. 6 pages in-8°. Extrait des *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, juin 1901.

— Association mutuelle des médecins aliénistes de France. Assemblée générale du 29 avril 1901. 10 pages in-8°. Paris. Maretheux, impr., 1901.

— Affinità di alcune forme di psicosi alcoolica con l'epilessia psichica ; par le D^r Cesare Pianetta. 19 pages in-8°. Extrait de *Il manicomio moderno*, 1901.

— Les grands symptômes neurasthéniques (Pathogénie et traitement) ; par le D^r Maurice de Fleury. 1 vol. in-8° de 412 pages. Paris. Félix Alcan, 1901.

— Physiologie et pathologie du tonus musculaire, des réflexes et de la contracture ; par le D^r G. Crocq. Rapport présenté au Congrès annuel des aliénistes et neurologistes. Session de Limoges. 247 pages in-8°. Bruxelles, 1901.

— Forty-first annual report of the medical superintendent of the Matteawan State hospital, Matteawan, N.-Y., for the year ending september 30, 1900 (41^e rapport annuel du directeur-médecin de l'hôpital d'Etat de Matteawan, Matteawan, N.-Y., pour l'année finissant le 30 septembre 1900). 77 pages in-8°. S. l. n. d.

— Wirtschaftliche Zeitfragen auf dem Gebiete der Irrenfürsorge (Questions économiques actuelles sur l'Assistance des aliénés) ; par le D^r Max Fischer, médecin en chef d'Illenau (Bade). 41 pages in-8°. Munich, Seitz et Schauer, 1901.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Décret du 31 juillet 1901 : Sur la proposition du Président du Conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes, sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. BALET (Paul-Jean-Baptiste), directeur de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard. Juge suppléant au tribunal de commerce de Villeneuve-sur-Lot en 1867, juge titulaire de 1868 à 1876, président de 1877 à 1881 et de 1885 à 1889, conseiller municipal de Villeneuve-sur-Lot de 1870 à 1888, adjoint au maire de 1884 à 1888, membre et ordonnateur de la commission administrative du bureau de bienfaisance de Villeneuve-sur-Lot jusqu'en 1889, directeur d'asiles d'aliénés du département de la Seine depuis avril 1889. Trente-trois ans de services.

M. le D^r GARNIER (François-Joseph), directeur-médecin en chef de l'asile d'aliénés de Dijon (Côte-d'Or). Vingt-neuf ans de services.

— *Arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, du 25 juin 1901* : M. le D^r DIDE (Maurice), médecin adjoint à l'asile départemental d'aliénés de Rennes, a été nommé officier d'Académie.

— *Arrêtés de juin 1901* : M. le D^r BRUNET, médecin adjoint de l'asile de Fains (Meuse), est nommé médecin adjoint de l'asile de Moulins (Allier). Poste créé;

M. le D^r RICOUX, déclaré admissible aux emplois de médecin adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Lille du 21 mai 1900), est nommé médecin adjoint de l'asile de Fains (Meuse);

M. le D^r LEGRAIN, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 fr.);

M. le D^r BRICHE, médecin adjoint de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), est promu à la 1^{re} classe de son grade (3.000 fr.);

M. le D^r VERNET, médecin en chef à l'asile Maréville (Meurthe-et-Moselle), est promu à la 1^{re} classe de son grade (7.000 fr.).

— *Arrêtés de juillet 1901* : M. GREX, directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Robert (Isère), est promu à la 1^{re} classe de son grade (7.000 fr.);

M. le D^r DONÉRO, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yllie (Jura), est promu à la 1^{re} classe de son grade (3.000 fr.).

DE L'ISOLEMENT DES ALIÉNÉS ATTEINTS DE TUBERCULOSE.

CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE.

Le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur et des Cultes, a adressé le 15 juin 1901 la circulaire suivante à MM. les préfets :

« J'ai l'honneur de vous signaler, en appelant sur elles toute votre attention, les observations auxquelles a été amenée la Commission de la tuberculose dans ses recherches sur la propagation de cette maladie dans les asiles d'aliénés, et sur les moyens de s'y opposer.

« La Commission a été particulièrement frappée de ce fait que les lieux où sévissait cette affection redoutable étaient relativement limités, et que dans les milieux mêmes où les hommes vivent en collectivité, les uns étaient décimés, tandis que d'autres, dans une situation identique, étaient à peine touchés.

« Cette remarque d'ordre général s'applique d'une façon toute particulière aux asiles d'aliénés. Les ravages exercés par le fléau n'y sont, pour l'ensemble des établissements, que trop considérables, puisqu'au cours des années 1894 à 1898 et pour une population annuelle moyenne de 61.685 aliénés, la proportion des décès attribués annuellement à la tuberculose s'est élevée à 689, soit 111 pour 10.000 malades hospitalisés.

« Mais ce qui ressort, avant tout, de l'enquête poursuivie, c'est l'étrange disproportion qui s'observe entre un asile et un autre, quant à l'étendue du mal et au nombre de ses victimes. Alors que dans une vingtaine d'asiles publics ou privés la mortalité par la tuberculose est tantôt nulle, tantôt peu élevée, et ne dépasse jamais 30 décès pour 10.000 malades, on la voit dans les autres s'élever rapidement au chiffre moyen de 111, dépasser celui de 200 dans 4 asiles, celui de 300 dans deux autres, pour atteindre jusqu'aux chiffres extrêmes de 540 et 556 dans les deux asiles les plus éprouvés.

« Cette disproportion saisit d'autant plus que les décès si fréquents attribués à la tuberculose dans de trop nombreux asiles ne se trouvent pas expliqués par une situation plus particulièrement mauvaise du département ou des départements

voisins, dans lesquels se trouvent recrutés les malades hospitalisés.

« Il faut alors reconnaître, dans les asiles eux-mêmes à ce point contaminés, de véritables foyers d'infection tuberculeuse, et c'est contre un tel état de choses, dont les chiffres cités plus haut vous auront montré toute la gravité, que j'ai le devoir de faire appel à toute votre énergie.

« Des mesures prophylactiques s'imposent, que la Commission n'a pas perdues de vue. Il en est d'ordre général qui peuvent trouver dans les asiles une facile exécution.

« En premier lieu, une mesure d'hygiène publique, à l'observation rigoureuse de laquelle vous devrez prêter votre sollicitude, c'est la « défense de cracher à terre ».

« Les crachats desséchés étant reconnus par la science comme les plus actifs agents de propagation bacillaire, je vous invite à prescrire aux établissements publics ou privés d'aliénés de votre département, l'adoption des dispositions suivantes, qui pourront obvier à une cause fréquente entre toutes de la contamination tuberculeuse :

« 1° Affichage dans tous les locaux occupés par le personnel ou les malades de la « défense de cracher à terre » dont il y aura lieu d'étudier, en outre, la réglementation et la sanction, dans les conditions où elles paraîtront pouvoir s'exercer.

« 2° Installation dans ces locaux, et en nombre suffisant, de crachoirs hygiéniques à un mètre du sol, bien en vue et au voisinage des dites affiches.

« 3° Balayage humide de toutes les salles et lavage des parois.

« Cet ensemble de mesures préventives dès maintenant réalisables ne sera pas par lui-même entièrement suffisant, à raison de la faiblesse d'esprit des aliénés, auxquels il sera particulièrement difficile, dans bien des cas, d'inculquer avec la crainte du fléau les notions d'hygiène propres à lui faire sa part. Aussi, est-ce au dévouement et à l'intelligence du personnel de tout ordre que je vous prie de faire avant tout appel, afin que par les exemples individuels que ses membres seront appelés à donner journellement aux malades, ainsi que dans les limites de l'autorité qui leur sera impartie sur eux, ils puissent, en toute occasion, se livrer à une propagande antibacillaire efficace.

« Dans cet ordre d'idées, et conformément au vœu émis par la Commission de la tuberculose, je vous invite à apporter votre soin à ce que le personnel des asiles, et particulièrement celui des agents préposés à la garde et au traitement des aliénés tuberculeux, reçoive une instruction suffisante touchant les dangers de la tuberculose et la prophylaxie à y

opposer. Ceux des agents à qui incombera le soin des tuberculeux devront être obligés au port de la blouse hygiénique dans les salles, au lavage soigné des mains et de la bouche avant le repas, à la toilette scrupuleuse du corps.

« Une instruction technique détaillée devra être aussi donnée aux blanchisseurs pour la désinfection du linge contaminé. Enfin, pour mettre obstacle à une cause particulière aux établissements hospitaliers et notamment aux asiles d'aliénés, celle provenant de la promiscuité des malades contaminés et de ceux qui ne le sont pas, je vous invite à prescrire, dans les asiles publics ou asiles privés faisant fonctions d'asiles publics de votre département, autant que les locaux le permettront, l'établissement d'un quartier spécial destiné à l'isolement des aliénés tuberculisés.

« En vous priant de porter les présentes instructions à la connaissance de qui de droit et de tenir la main à leur exécution, je vous invite à rappeler aux directeurs-médecins et médecins en chef des asiles qu'ils devront, dans leurs rapports médicaux annuels, fournir des indications détaillées sur les ravages exercés par la tuberculose dans leurs asiles et les remèdes opposés par eux au mal.

« Vous voudrez bien m'accuser réception de la présente circulaire.

Pour le Président du Conseil,
Ministre de l'Intérieur et des Cultes :
Le conseiller d'Etat, Secrétaire général,

DEMAGNY. »

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

75. *Parricide*. — On écrit de la Selle-en-Cogles au *Journal* (numéro du mercredi 8 mai 1901) :

« Dans un accès de folie, le sieur Legall, âgé de dix-neuf ans, ancien instituteur adjoint à la Selle-en-Cogles, vient de tuer à coups de bêche son père, âgé de soixante-douze ans. Legall fils avait été précédemment interné dans un asile d'aliénés, d'où il était sorti, apparemment guéri, le 8 avril dernier. Il s'était retiré chez ses parents. Sur une observation que lui faisait son père, il s'est jeté sur ce dernier, a saisi une bêche avec laquelle il a frappé son père. La tête de la victime a été littéralement broyée.

« Le Gall fils a été aussitôt arrêté et de nouveau interné à l'asile d'aliénés de Rennes. »

76. *Le satyre de Moscou*. — On lit dans le *Matin* (numéro du lundi 13 mai 1901) :

« La ville de Moscou continue à être terrorisée par les attentats commis par un individu, sorte de maniaque furieux, que la police ne parvient pas à découvrir.

« Cet individu s'attaque exclusivement aux jeunes filles de treize à dix-huit ans, qu'il frappe au sein d'un coup de stylet, puis il disparaît avant que sa victime, surprise, ait pu pousser un cri.

« La dernière jeune fille frappée est M^{lle} Mouratoff, âgée de treize ans; elle sortait d'un concert quand elle a été blessée.

« La police recherche activement le meurtrier, mais elle croit qu'il doit se grimer, car il est impossible d'avoir des indications concordantes sur son identité.

« Les jeunes filles, en présence des nombreux attentats déjà commis, redoutent de sortir, dans la crainte de rencontrer le sinistre assassin. »

77. *Menaces de mort.* — On télégraphie de Chaumont à l'*Echo de Paris* (numéro du lundi 13 mai 1901):

« Ce matin, à la gare de Chaumont, un individu armé d'un couteau de chasse et d'un fusil menaçait les voyageurs.

« La police, prévenue, l'arrêta.

« C'est un jeune homme de vingt-cinq ans nommé Luyat, né à Paris et se disant garçon de café. Luyat est un fou des plus dangereux et peut-être aussi un repris de justice. Amené au bureau de police, Luyat tenta de s'enfuir en brisant une fenêtre. Il a pu être enfin maîtrisé et ligotté.

« Il était porteur d'un livret militaire, d'un billet de chemin de fer de Fontainebleau à Saint-Dié et d'une somme de 10 francs. On l'a interné à l'asile de Saint-Dizier. »

78. *Tentative d'assassinat.* — On lit dans le *Français* (numéro du mercredi 15 mai 1901):

« Un marchand de journaux, Constant Frétel, âgé de quarante-deux ans, demeurant 65, rue de Cléry, a été frappé la nuit dernière, par sa femme, d'un coup de couteau au sein gauche, dans les circonstances suivantes :

« Tous deux s'étaient couchés hier soir à 9 heures; vers minuit, tandis que le mari dormait d'un profond sommeil, sa femme, née Constance Levillais, âgée de quarante-trois ans, se mit à manger dans le lit. La malheureuse ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales. Elle ne trouva rien de mieux à faire que de piquer au bras son mari avec le couteau qui lui servait à couper son pain. Réveillé en sursaut, ce dernier pria sa femme de le laisser tranquille. Soudain, furieuse, celle-ci s'arma d'un chandelier, en frappa à plusieurs reprises le marchand de journaux; puis, avant qu'il eût pu se défendre, lui planta son couteau dans la gorge.

« Le blessé, qui perdait son sang en abondance, eut le cou-

rage de s'habiller et de se rendre au poste de police du boulevard Bonne-Nouvelle, d'où il fut transporté à l'hôpital Saint-Louis, où il a été admis d'urgence, en raison de la gravité de son état.

« Quant à la femme Frétel, elle a été arrêtée à son domicile quelques instants après le drame.

« Le mari s'est borné à demander son internement dans une maison de santé. »

79. *Les exploits d'un fou.* — Sous ce titre, le *Temps* du vendredi 17 mai 1901 publie le fait divers suivant :

« On nous écrit de Barbezieux que M^{me} Gabriel Trarieux, qui se trouve en villégiature chez son père, M. Boutelleau, à la laiterie de Guéry, commune de Saint-Médard (Charente), a été réveillée tout à coup l'avant-dernière nuit par des coups violents frappés à la porte de sa chambre à coucher. Bientôt, la porte ayant cédé, le gérant de la laiterie, un nommé Jacques Vitry, qui donnait depuis quelque temps des signes d'aliénation mentale, mais qui ne paraissait pas dangereux et qu'on n'avait pour ce motif pas fait enfermer encore, armé d'un couteau, pénétra dans la chambre de la jeune femme. Mais celle-ci, qui avait pu fort heureusement s'enfuir par une autre porte, se réfugia au rez-de-chaussée dans la chambre de ses parents.

« Vitry, après avoir parcouru le premier étage, descendait à son tour au rez-de-chaussée et se jetait contre la porte de M. Boutelleau. M^{me} Trarieux et sa mère, sautant par la fenêtre, se réfugièrent dans le voisinage. Lorsque Vitry, qui est d'une force herculéenne, eut enfoncé la porte, il se trouva en présence de M. Boutelleau, qui parvint à le calmer.

« Vitry a été envoyé à l'hôpital de Barbezieux.

« M^{me} Gabriel Trarieux, belle-fille du sénateur de la Gironde, est la jeune femme du poète Gabriel Trarieux. »

80. *Tentative d'homicide et suicide.* — On lit dans le *Français* (numéro du mardi 21 mai 1901) :

« Ce matin, à 6 h. 1/4, dans un accès de folie, M. Jean Tessier, âgé de cinquante-trois ans, demeurant 1, rue François-de-Neufchâteau, a frappé sa femme de plusieurs coups de couteau et s'est frappé lui-même de trois coups de la même arme.

« Le malheureux a été transporté à l'hôpital Saint-Antoine dans un état désespéré.

« M. Guicheteau, commissaire de police, a ouvert une enquête sur cette tentative de meurtre suivie de suicide. »

81. *Fureur homicide.* — On télégraphie de Mende (Lozère) au *Figaro* (numéro du dimanche 26 mai 1901) :

« Un épouvantable drame s'est déroulé hier, au Monastier, petite commune de l'arrondissement de Marvejols. Le sieur Cahunzac, âgé de trente-trois ans, journalier, pris subitement de

folie furieuse, s'est armé d'une hache et s'est précipité sur les membres de sa famille. Ceux-ci, couverts de blessures, n'ont dû leur salut qu'à la fuite.

« Sortant à leur suite dans le village, toujours armé de son terrible instrument, le fou s'est rué sur la foule accourue aux cris des blessés et a fait d'autres victimes.

« Les habitants ont dû se barricader dans leurs maisons. La gendarmerie, prévenue, n'a pu se rendre maître de Cahuzac qu'après deux heures de lutte acharnée et au prix des plus grands dangers.

« Les blessés sont au nombre de sept, dont quatre grièvement. »

82. *Actes de violence.* — Un Italien, M. Bizonet Jespi, âgé de trente-quatre ans, domicilié 14, rue Rosenwald, qui est doué d'une force herculéenne, a, hier soir, dans un accès de folie, précipité dans la cage de l'escalier de la maison où il habite une baignoire et son contenu, blessant grièvement un des locataires. Maîtrisé après une lutte terrible par l'inspecteur Rossignol, du commissariat de Saint-Lambert, il a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt par M. Maréchal, commissaire de police. (Le *Journal*, numéro du mercredi 29 mai 1901.)

83. *Tentative d'homicide.* — Atteint depuis longtemps de la folie des grandeurs, M. Turlinon, âgé de vingt-neuf ans, domicilié 14, rue de l'Abbé-Groult, a été pris hier d'un accès de folie furieuse pendant lequel il a à moitié assommé sa femme, à laquelle il reprochait d'avoir divulgué ses inventions. Il a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (Le *Journal*, numéro du mercredi 29 mai 1901.)

84. *Persécution homicide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 29 mai 1901) :

Notre correspondant de Tunis nous télégraphie que ce matin, à neuf heures et demie, devant le laboratoire de l'Institut de la Régence, M. Panet, préparateur, a tiré quatre coups de revolver sur le D^r Loir, directeur, qui arrivait.

Tous les coups portèrent. Le meurtrier fut immédiatement arrêté.

Il résulte des premiers renseignements que cet employé était en proie au délire de la persécution. Il avait donné, ces jours-ci, sa démission à grand fracas et avait dit, à certaines personnes, qu'il était poursuivi par un juif, que cette vie-là allait finir. Néanmoins, personne ne supposait qu'il pousserait les choses à ce point et attenterait à la vie d'un docteur universellement estimé.

Le D^r Loir est neveu de Pasteur; il fut commissaire général de l'exposition de Tunisie. Il est marié et père de deux enfants.

Transporté à l'hôpital, les balles qui l'avaient atteint ont été extraites. Aucun centre vital n'étant touché, on espère sauver le D^r Loir.

85. *Une mère qui se noie avec ses enfants.* — Sous ce titre, le *Temps* du vendredi 31 mai 1901 publie le fait suivant dont le récit lui est envoyé par son correspondant de Lille :

La nuit dernière, vers deux heures, une fillette de neuf ans se présentait au poste de pompiers de Canteleu-lez-Lille et racontait que sa mère venait de se jeter dans la Deule avec ses trois enfants. Elle fit ainsi le récit du drame :

Je me nomme Marguerite Dhondt; j'ai sept ans; mes parents demeurent à la Croix-de-Pierre, à Lomme.

Hier soir, après que papa, ouvrier chez Kuhlmann, à Loos, était parti pour travailler, maman a habillé ses quatre enfants pour aller rendre visite à une tante. Arrivée près du pont de Canteleu, elle nous a donné des mouchoirs pour en couvrir nos visages afin de jouer à cache-cache.

Alors elle a pris les trois petits et les a jetés dans l'eau; puis, comme elle voulait me prendre, j'ai couru. Alors j'ai entendu qu'elle se jetait elle-même.

La police et les pompiers accompagnèrent l'enfant jusqu'au canal, où toute la nuit des recherches furent faites.

A six heures, on retrouvait deux des enfants.

Les recherches continuent.

La femme Evariste Dhondt, née Poulard, âgée de trente-quatre ans, était, depuis longtemps, atteinte d'une maladie noire, qui la mettait dans l'impossibilité de travailler. Son mari, briquetier, qui travaille tous les jours, l'avait hier quittée sans s'apercevoir qu'elle fût plus triste que de coutume.

A neuf heures du matin, elle partit avec ses quatre enfants, Marguerite neuf ans, Victoria six ans, Evariste dix-neuf mois, Albert trois mois.

Toute la journée, ils errèrent sans prendre de nourriture; à sept heures du soir, le gardien du bois de Boulogne les vit tous assis sur un banc et jouant. On perd leurs traces jusqu'au moment où la petite Margot vint raconter le drame.

Les deux enfants retrouvés ce matin sont Evariste et Albert.

86. *Tentative d'homicide.* — On lit dans le *Matin* (numéro du lundi 3 juin 1901) :

« Un marchand de vins habitant rue des Bourguignons, à Bois-Colombes, M. Jean Reissier, âgé de quarante-sept ans, est devenu subitement fou, hier après-midi. Il a commencé par jeter ses meubles d'une de ses fenêtres dans la rue. Puis, comme sa femme se permettait de trouver la chose mauvaise, il s'en prit à elle, et, saisissant un revolver, il allait la tuer. Mais le

bruit de la lutte et les cris de la malheureuse attirèrent les voisins, qui désarmèrent l'insensé. Arrêté, il fut conduit au commissariat et envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt par M. d'Homme, commissaire de police. »

87. *Suicide*. — M. Dondeine, âgé de cinquante ans, jardinier chez M. Bruneau, à Bourg-la-Reine, a été trouvé pendu dans une cabane sise au milieu des pépinières de ce dernier. Dondeine donnait, depuis quelque temps déjà, des signes d'aliénation mentale. (Le *Journal*, numéro du mercredi 5 juin 1901.)

88. *Drame de la folie*. — On mande de Toulouse qu'un nommé Adrien Bataille, cultivateur, âgé de trente-deux ans, habitant au hameau des Vieilles, a, dans un accès de folie, tué hier, à coups de pioche, sa femme et sa fillette, âgée de trois ans et demi. (Le *Temps*, numéro du lundi 18 juin 1901.)

89. *Dangereuse capture d'un fou*. — Sous ce titre, le *Journal* du mardi 18 juin 1901 publie le fait suivant :

« M. Lefils, secrétaire du commissariat de police du quartier du faubourg du Roule, était prévenu hier, vers une heure de l'après-midi, qu'un concierge du faubourg Saint-Honoré, alcoolique invétéré et renvoyé, du reste, depuis huit jours, par le gérant de l'immeuble, à cause de son funeste vice, venait d'être pris d'un accès de folie furieuse.

« Pour éviter un malheur, M. Lefils courut lui-même à l'adresse indiquée, 123, faubourg Saint-Honoré, et là il aperçut au milieu de la cour de l'immeuble, brandissant un revolver de fort calibre, le dangereux déséquilibré.

« Courageusement, laissant l'agent qui l'accompagnait à la porte de l'immeuble pour empêcher le fou de s'échapper, le secrétaire s'avança vers le concierge, qui, le voyant approcher, braqua son revolver et se mit à tirer à tort et à travers dans sa direction.

« Fort heureusement, M. Lefils se baissa rapidement ; puis, d'un bond, s'élançant sur l'aliéné, il l'étreignit à bras-le-corps de toutes ses forces, paralysant ainsi toute nouvelle tentative de sa part.

« Désarmé et conduit sous bonne escorte au commissariat de police de la rue de la Boétie, le fou furieux a été dirigé ensuite en voiture sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. »

90. *Persécutée homicide*. — On écrit de Nantes au *Journal* (numéro du jeudi 20 juin 1901) :

Ce matin, une ancienne religieuse renvoyée du couvent pour inconduite, il y a deux ans, a voulu se venger sur un prêtre, l'abbé Fouchard, qu'elle accuse d'être l'auteur de la mesure prise contre elle.

Au moment où l'abbé, aujourd'hui aumônier d'un établisse-

ment religieux de la route de Rennes, se disposait à dire sa messe et était agenouillé au pied de l'autel, l'ancienne religieuse s'avança derrière lui en dissimulant sous ses vêtements une masse de cantonnier, instrument dont on se sert pour casser les pierres, et elle en asséna deux coups violents sur la tête du prêtre, qui tomba évanoui. Puis, elle se livra sans résistance aux agents qu'on avait requis.

Cette femme déclara se nommer Marie Amossé, âgée de quarante ans, et elle ajouta simplement :

« Il m'a fait renvoyer par magie de la communauté de Saint-Gildas. Je me suis vengée. »

Marie Amossé ne semble pas jouir de toutes ses facultés.

Un médecin, appelé en toute hâte, a donné les premiers soins à l'abbé Fouchard, dont l'état est très grave. Cependant, il a repris connaissance cet après-midi, et l'on ne désespère plus de le sauver.

91. *Tentative d'homicide.* — Une rentière, M^{me} Bieven, âgée de soixante-cinq ans, demeurant 67, rue de Solferino, a été brusquement atteinte de folie furieuse. La malheureuse, qui voulait tuer son mari et son frère, a été dirigée sur l'infirmerie spéciale du Dépôt par les soins de M. Huet, commissaire de police. (Le *Matin*, numéro du 23 juin 1901.)

92. *Drame de la folie.* — Un effroyable drame s'est passé l'avant-dernière nuit, à Bourges, dans un ménage ouvrier de l'agglomération de Mazières. Un père de famille nommé Blondeau, qui, depuis quelque temps, paraissait souffrant, a été pris subitement de coliques violentes auxquelles a succédé un accès de folie furieuse. Il est allé surprendre dans leurs lits sa femme, sa fille âgée de seize ans et son fils âgé de onze ans, et les a assommés à coups de marteau. Après quoi, sortant en chemise de la maison, il est allé se jeter dans une carrière voisine.

Ce n'est qu'au matin qu'une voisine appelée par M^{me} Blondeau a pu donner l'alarme.

Les trois malheureux blessés, l'enfant surtout, sont dans un état désespéré. Quant à Blondeau, il s'était tué sur le coup. (Le *Temps*, numéro du mercredi 26 juin 1901.)

UN NOUVEAU PROPHÈTE EN ITALIE

Le *Temps* du vendredi 24 mai 1901 publie les renseignements suivants qu'il a reçus de son correspondant de Rome :

« Un nouveau prophète a surgi en Italie, annonçant une ère nouvelle de félicité pour les pauvres humains.

« Ce n'est point le premier du genre, car Zagariello, tel est le nom de l'illuminé, a eu un précurseur, il y a environ vingt-

six ans, en la personne du fameux Davide Lazzaretti, prophète lui aussi.

« A ceux qui ignorent ou ont oublié ce qu'était Lazzaretti, disons qu'il fut l'apôtre de la communauté des biens. Associant le mysticisme à ses prédications, il entraînait à sa suite les foules ignorantes, qui voyaient en lui une espèce de saint. A Arcidosso, près de Grosseto, cet Elie moderne avait fondé une communauté religieuse formée de ses prosélytes, lorsqu'un jour, pris de la « folie des grandeurs », il voulut se faire solennellement proclamer saint à l'église d'Arcidosso. Malheureusement, un délégué de la sûreté publique, trop zélé, mit brutalement fin à son apostolat en lui brûlant la cervelle.

« Zagariello prophétise, lui, dans la province de Bari; de même que son prédécesseur, il prêche la fin des misères humaines par le communisme, ce qui n'est point pour déplaire aux misérables populations des Pouilles.

« D'aucuns disent que c'est un ouvrier, d'autres un petit avocat sans cause qui a cherché une nouvelle voie. Toujours est-il que sa parole prophétique, un quelque chose de mystérieux dans sa personne et son langage non exempt d'éloquence exercent une fascination réelle sur les masses. Les paysans se pressent sur son passage, s'agenouillent et lui baisent les mains.

« A Casalvecchio, un propriétaire, de ses admirateurs, qui, tous les ans, portait le grand crucifix à la procession du vendredi saint, s'y est refusé cette année. Et alors, pour mettre en pratique la doctrine socialiste du « maître », il donna sur la place du bourg un grand banquet aux pauvres de l'endroit.

« Le prophète, puisque prophète il y a, ne borne pas son apostolat aux prédications en plein vent; il fonde des cercles, des ligues ou des associations, distribue des opuscules contenant ses prophéties.

« On sait que sans charlatanisme on manque de prestige auprès des foules, et Zagariello paraît être un maître dans son genre. Espérons que la comédie aura pour lui une fin moins tragique que pour son prédécesseur d'Arcidosso. »

TRIBUNAUX

Un cas de responsabilité médicale. — Le *Temps*, du jeudi 21 mars 1901, publiait la note suivante de son correspondant de Blois :

« Une affaire intéressante pour le corps médical vient de se plaider devant le tribunal de Blois. Un propriétaire, M. Bondon, prétendant que son locataire était atteint d'aliénation

mentale, fit venir un médecin pour constater l'état de démente de celui-ci. Le médecin se contenta, paraît-il, d'observer le malade à travers les vitres de son magasin et délivra un certificat constatant qu'il était atteint de *delirium tremens*. Le locataire fut arrêté, conduit à l'asile d'aliénés en vertu d'un ordre du préfet; mais le directeur de l'asile refusa de le recevoir et le mit en liberté. Le docteur a été assigné par la « victime », en dommages-intérêts. On lui reproche d'avoir délivré à la légère un certificat médical permettant l'internement. Il se retranche derrière l'arrêté préfectoral et plaide l'incompétence du tribunal civil. La question est intéressante. Qui doit être responsable? Le médecin qui a permis d'enfermer, ou le préfet qui a fait enfermer sur le vu du certificat? M^e Simon, du barreau de Blois, se présentait pour le docteur, et M^e Grignon, du barreau de Paris, soutenait la demande en dommages-intérêts.

« Le jugement a été remis à une audience ultérieure. »

Le 2 mai suivant, le médecin mis en cause, notre honorable confrère M. le D^r Paterne, adressait au *Temps* la lettre suivante, que nous nous faisons un devoir de reproduire :

« Blois, 2 mai.

« Monsieur le Rédacteur,

« Sous ce titre : « Un cas de responsabilité médicale », le *Temps*, dans son numéro du 21 mars dernier, a publié le récit de l'internement d'un aliéné à l'asile de Blois. Ce récit, dû à la plume d'un correspondant local, exige une rectification. J'aurais pu vous l'adresser plus tôt. J'ai cru plus convenable d'attendre que le jugement ait été rendu et signifié.

« Aussi brièvement que possible, voici les faits :

« Il y a quelques années, je donnais mes soins à un débitant, alcoolique invétéré. A la suite de plusieurs tentatives de suicide et d'homicide, j'ai dû le faire interner à l'asile de Blois, et cela à la demande de sa propre femme. Mon malade fit un séjour de six semaines à l'asile, et fut remis en liberté, amélioré sinon guéri, du moins n'étant plus dangereux pour la sécurité publique. Mais, aussitôt redevenu débitant, il se remit à boire, et il fallut un mois plus tard le faire réinternier, cette seconde fois à la demande du propriétaire, dont il brisait le matériel, et contre lequel il proférait des menaces. J'ajouterai que les plaintes de la femme et des voisins affluaient, et que les rapports de police signalaient mon malade comme extrêmement dangereux.

« Je crus prudent de ne pas pénétrer dans l'établissement, le malade, qui ne me pardonnait pas son premier internement, ayant proféré plusieurs fois dans ses crises des menaces contre moi, et un soir d'hiver, après avoir constaté à travers les vitres de l'établissement illuminé une crise de *delirium* des plus ca-

ractéristiques, je donnai le certificat d'internement qui m'était demandé.

« L'état d'alcoolisme aigu du malade fut d'ailleurs constaté par les agents de la force publique qui le conduisirent à l'asile, et par le médecin-directeur devant qui on le présenta.

« Il est vrai que le directeur refusa de le recevoir le soir même, mais pour une raison tout administrative. Il manquait une pièce : l'ordre d'internement, du préfet.

« Le lendemain matin, quand les pièces furent en règle, le malade fut interné.

« Un an après sa seconde sortie, mon malade, en proie à la dernière misère et à bout de ressources, me faisait un procès.

« Le jugement, rendu par le tribunal de Blois, établit une jurisprudence qui intéresse au plus haut point le corps médical français. Après avoir reconnu mon certificat bien fondé et délivré après un examen suffisant, les juges de Blois déclarent que dans tout placement d'office la personnalité du médecin qui délivre un certificat s'efface devant celle du préfet qui donne un ordre d'internement, et que les tribunaux ne sont pas compétents pour apprécier et juger les actes préfectoraux. Voilà qui met désormais le médecin à l'abri du retour offensif d'un aliéné vindicatif.

« Avec tous mes remerciements pour l'insertion de cette lettre, que j'aurais voulu faire plus courte, recevez, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de ma parfaite considération.

« D^r PATERNE (de Blois). »

Voici, d'ailleurs, les termes du jugement rendu par le tribunal de Blois, à la date du 22 mars dernier :

« Attendu que c'est en vertu d'un ordre émanant du préfet de Loir-et-Cher que X... a été interné à l'asile des aliénés de Blois, et qu'en délivrant cet ordre en vertu de la loi du 30 juin 1838 le préfet de Loir-et-Cher a accompli un acte de police administrative;

« *Qu'il n'appartient pas aux tribunaux civils d'apprécier cet acte préfectoral;*

« Que rien au surplus n'établit et ne permet de supposer qu'il ait été obtenu par les démarches de B... (le propriétaire), et la production du certificat délivré par le D^r P...;

« Attendu au fond que X... avait été interné à l'asile des aliénés de Blois en août 1898; qu'il y était resté pendant six semaines, qu'il en était sorti alors, son état ne paraissant plus présenter de dangers au point de vue de la sécurité des personnes.

« Mais attendu qu'il résulte des renseignements fournis au tribunal qu'après sa sortie de l'asile X..., ayant continué à

boire, les crises d'alcoolisme qui avaient motivé son premier internement se reproduisirent, et prirent un caractère alarmant et dangereux ;

« Attendu qu'étant données les manifestations évidentes de fureur alcoolique observées par le D^r P..., semblables à celles qui avaient motivé la délivrance d'un premier certificat non critiqué, il y a lieu de considérer comme bien fondés les termes du deuxième certificat par lui délivré le 22 octobre ; qu'il l'a délivré après un examen suffisant, en connaissance de cause, de bonne foi et en son âme et conscience ;

« Par ces motifs,

« Déclare X... non recevable et au surplus mal fondé dans ses demandes, l'en déboute et le condamne en tous les dépens. »

De la responsabilité des directeurs et médecins d'établissements d'aliénés en cas de suicide de l'un de leurs pensionnaires.

— Nos lecteurs n'ont pas oublié l'intéressant article que M. Christian a publié, sous ce titre, dans le numéro des *Annales* de novembre-décembre 1900. Il y relatait, entre autres, le fait d'un médecin-directeur d'une maison de santé, qui fut condamné à 10.000 francs de dommages-intérêts, à payer aux parents d'une jeune fille confiée à ses soins, et qui s'était suicidée dans les water-closets où elle avait pu s'enfermer à clef. Les parents estimaient que ce suicide était dû à un manque de surveillance. Le médecin-directeur, comme on se le rappelle, s'était laissé condamner par défaut.

Depuis, notre honorable confrère, M. le D^r D..., a fait opposition au jugement, qui l'a condamné, en soutenant qu'aucune faute engageant sa responsabilité ne pouvait lui être reprochée. Mais, la première chambre du tribunal civil, présidée par M. Baudouin, a déclaré cette opposition mal fondée, et a maintenu la condamnation prononcée, attribuant le suicide de la malade à un défaut de surveillance.

FAITS DIVERS

A l'hospice des aliénés d'Orléans. — On écrit d'Orléans au *Temps* (numéro du mercredi 3 juillet 1901) :

« Un accident qui s'est produit à l'hospice d'Orléans cause une assez vive émotion dans cette ville.

« Pressée de partir pour le salut, avant-hier, la religieuse chargée de la garde des aliénés, dans une section spéciale de l'hôpital, négligea de fermer à clef une armoire contenant des

flacons pharmaceutiques. Une bouteille contenant 40 grammes de chloral resta, notamment, à la portée des malades.

Peu après le départ de la religieuse, une malheureuse femme, en traitement pour faiblesse d'esprit, s'empara de cette bouteille de chloral et la vida. Elle fut trouvée peu après par un interne, dans un état effroyable, et, malgré les soins immédiats du médecin en chef de l'hospice, aussitôt prévenu, la victime de cette imprudence mourut en trois heures.

« Détail qui donne lieu à d'assez vives critiques à Orléans : lorsque les internes voulurent administrer de l'oxygène à la malade, on ne put en trouver, la réserve de l'Hôtel-Dieu était épuisée, et on ne parvint à s'en procurer qu'une heure après.

« Une enquête a été ouverte sur les circonstances de ce déplorable accident.

Le jury et l'alcoolisme. — Les jurés de la présente session de la cour d'assises de la Seine-Inférieure, frappés des progrès constants que fait l'alcoolisme en Normandie, et des crimes qui en sont la conséquence, ont décidé d'exprimer le vœu que les pouvoirs publics prennent des mesures énergiques pour enrayer le mal, et en rechercher le remède.

Aussi, dans une réunion qu'ils ont tenue hier soir, avant de se séparer, ont-ils signé à l'unanimité la résolution qu'on va lire :

« Les jurés de la Seine-Inférieure, réunis pour la troisième session, avant de se séparer :

« Vu les nombreux cas jugés, ressortant surtout des excès alcooliques si répandus dans la région normande,

« Emettent le vœu que les pouvoirs publiés étudient d'une façon très sérieuse les moyens de réprimer ces excès, et appellent d'une façon toute particulière l'attention des représentants du corps législatif sur les moyens de nature à enrayer ce vice dégradant. » (Le *Temps*, numéro du samedi 27 juillet 1901.)

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1902.

PRIX AUBANEL. — 2.000 francs. — Question : *Valeur sémiologique des idées hypocondriaques dans les maladies mentales appuyée sur des observations personnelles.*

PRIX BELHOMME. — 900 francs. — Question : *Du sens de l'ouïe chez l'idiot.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

ANNÉE 1903.

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1901 et en 1902 devant les Facultés de médecine de France sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

PRIX SEMELAIGNE. — 500 francs. — Question : *Historique de la paralysie générale.*

NOTA. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1901 pour les prix à décerner en 1902 ; pour ceux à décerner en 1903, le 31 décembre 1902, chez M. le D^r ANT. RITTI, médecin de la maison nationale de Charenton, secrétaire de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits, et pourront être signés ; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les nom et adresse des auteurs.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie

LA VOLUPTÉ
LA CRUAUTÉ ET LA RELIGION

Par le Dr Pierre GANNOUCHKINE
de Moscou (Russie).

Les phénomènes pathologiques ne sont
que des phénomènes physiologiques
exagérés. LOBSTEIN.

L'état de maladie peut seul donner la
clef de plusieurs phénomènes de l'ordre
moral affectif et intellectuel; seul, il
nous en dévoile la véritable nature.

J. MOREAU (de Tours).

La religion n'empêche ni le vice ni le
crime; elle sert même quelquefois de
prétexte à l'un et à l'autre.

CORRE.

Trois sentiments, parfaitement différents de prime
abord, — le sentiment de méchanceté, le sentiment de l'a-
mour sexuel et le sentiment religieux (1), — se basant sur

(1) Dès le début nous devons dire qu'en traitant du sentiment

une quantité de faits et considérations, se trouvent être très rapprochés ; dès que leur intensité s'aggrave, spécialement pour les cas où la méchanceté se transforme en cruauté, en férocité, l'amour sexuel en volupté, et le sentiment religieux en fanatisme ou en mysticisme, ces trois sentiments coïncident ou du moins s'entremêlent sans bornes marquées.

Il est bien évident que les faits et les considérations qui nous permettent d'exposer cette thèse forment trois groupes : 1° nous devons prouver la connexion du sentiment religieux et de l'amour sexuel ; 2° de l'amour sexuel et du sentiment de méchanceté ; 3° du sentiment religieux et du sentiment de méchanceté. Si de cette manière, nous pouvions prouver la connexion de chacun de ces groupes de sentiments, alors, évidemment, la connexion de tous ces sentiments ensemble serait prouvée ; dès lors, la principale partie de notre problème serait résolue. Nous accordons d'avance que pour la solution de notre problème nous n'avons pas recueilli assez de faits ; mais nous nous permettons de croire que l'essentiel ne réside pas tant dans la quantité des faits que dans ce que ceux-ci mêmes nous disent.

I

A Rome, à l'église de « Santa Maria della Vittoria », se trouve un groupe de Lorenzo Bernini, de Naples (1598-1680), qui représente sainte Thérèse gisant sans connaissance sur un nuage de marbre et un ange qui s'apprête à lui tirer dans le cœur une flèche de l'amour

religieux, nous n'envisagerons que le côté affectif de ce sentiment compliqué, sans toucher le côté intellectuel (Wundt rattache le sentiment religieux à la catégorie des sentiments intellectuels).

mystique. « Il n'est pas nécessaire d'expliquer, dit à ce sujet Lubke, que l'extase religieuse présente dans ce cas un caractère de sensualité, non pas parce que l'artiste l'aurait voulu, mais à cause de l'état psychologique naturel auquel est, ordinairement, soumise toute inclination religieuse trop tendue. Si nous essayons de trouver d'où provient cette atmosphère imprégnée de volupté, nous serons obligés de reconnaître que ses premiers germes sont distinctement visibles dans les tout derniers travaux du Corrège, où les regards des madones et des saints ont une expression trop terrestre. »

De cette manière, l'idée d'une connexion entre le sentiment religieux et le sentiment sexuel (1) a aussi pénétré dans l'art (2). Si nous voulions rechercher à quelle époque cette idée a commencé à se réaliser, nous devrions nous reporter à l'antiquité la plus reculée, peut-être même au temps où le sentiment religieux venait de naître chez l'homme. « La grave antiquité, dit P. Moreau (de Tours) (3), attachait donc une idée

(1) On peut rencontrer des essais faits pour trouver, dans les deux sentiments, des éléments de composition identiques, dans l'ouvrage de Neumann : *Lehrbuch der Psychiatrie*, 1859, de même que dans l'ouvrage de Krafft-Ebing : *Psychopathia sexualis*, 1893.

(2) Nous ne pouvons pas nous empêcher de citer un petit extrait de Zola reproduisant, d'une manière artistique, cette liaison des sentiments : « Muffat retomba dans les stricts devoirs de la religion. Le ciel l'enlevait des mains de la femme pour le remettre aux bras mêmes de Dieu. C'était un prolongement religieux des voluptés de Nana, avec les balbutiements, les prières et les désespoirs, les humilités d'une créature maudite écrasée sous la boue de son origine. Au fond des églises, les genoux glacés par les dalles, il retrouvait ses jouissances d'autrefois, les spasmes de ses muscles et les ébranlements délicieux de son intelligence, dans une même satisfaction des obscurs besoins de son être. » (*Nana*.)

(3) *Des aberrations du sens génésique*, 1880. Il se réfère aux ouvrages de Jacolliot, *Etudes indianistes*; Montaigne, *Essais*, III; Dupuis, *De l'origine des cultes*. Voir aussi C. Lombroso et G. Ferrero, *La femme criminelle et la prostituée*; et aussi Ploss, *Das Weib. Heilige Orgien und erotische Feste*.

religieuse aux signes qui nous semblent aujourd'hui obscènes ou ridicules... A Babylone, dans la Phénicie, à Hiéropolis, en Arménie, etc., toutes les femmes devaient accomplir le sacrifice amoureux sur un autel spécial (1). Le même usage existe encore de nos jours dans une foule de provinces de l'Hindoustan, de Ceylan, dans les îles de la Polynésie, de Taïti en particulier. Les Egyptiens, les Grecs, les Romains avaient un grand nombre de fêtes dans lesquelles régnait la débauche la plus effrénée. De nos jours, dans les Indes, où les traditions religieuses se sont maintenues dans toute leur pureté, les fêtes que l'on nomme « fêtes de Sakty-Poudja, ou mystères de la fécondation universelle », reproduisent tout ce que l'on peut rêver d'horreurs et d'infamies contre nature, entourées de toute la pompe des cérémonies hindoues. »

Au moyen âge il y avait aussi toute une série de sectes religieuses fanatiques, chez lesquelles la confusion de la religion et de l'amour apparaissait d'une manière très caractéristique. Ainsi les Nicolaïtes prêchaient l'absence de toute pudeur dans les fonctions sexuelles, et enseignaient que toutes les passions, même les plus grossières et les plus basses, sont utiles et saintes ; les Adamites enseignaient que la pudeur doit être sacrifiée à Dieu ; enfin, nous devons mentionner encore une secte érotique, les Picardistes, qui, plus tard, reparut encore une fois en France sous le nom de « turlupins » (2). On peut suivre l'existence de pareilles sectes jusqu'à notre temps. Ainsi, Eva Buttler

(1) Le temple de la déesse Mylitta, à Babylone, de la déesse Anaïtis, en Arménie, de la déesse Astarté, en Phénicie, et de la déesse Isis, en Egypte.

(2) Voir Lombroso et Ferrero, *op. cit.* ; ils se réfèrent à Dufour, *L'histoire de la prostitution*, et à Bayle, *Dictionnaire historique et critique* (Picards).

(XVII^e-XVIII^e siècles) a fondé à Hessen « la secte religieuse philadelphique », qui prêchait l'unification de l'esprit et de la chair ; de même, au commencement du XIX^e siècle, les pasteurs Ebel et Distel ont fondé à Königsberg la secte des « moukkers », qu'on a accusés d'avoir caché la débauche sous le masque de la religion ; de même nature est la secte des « Khlisti », qui existe encore aujourd'hui en Russie, dont les membres, pendant leurs cérémonies religieuses nommées « les empressements (*radiénia*) » tombent dans une telle extase qu'ils se livrent à la débauche la plus effrénée. La vie des couvents est excessivement riche en exemples de ce que non seulement on y priait avec ferveur, mais qu'à l'occasion on s'y livrait aux orgies les plus extravagantes, où l'union religieuse mystique des sexes menait à une union d'ordre moins spirituel.

Aussi n'est-ce pas sans raison que dans beaucoup de pays persiste jusqu'à présent le bruit que tel ou tel couvent de femmes est uni par un passage souterrain au monastère d'hommes voisin (1). La vie des saints (2) ne manque pas non plus de pareils exemples où l'instinct sexuel occupait une place prédominante. Ainsi le fanatique Lovat, qui s'est crucifié à Venise en 1805, s'est coupé les organes sexuels, et les a jetés par la fenêtre.

La nonne Agnès Blanbekin était toujours tourmentée par l'idée de savoir ce qu'était devenue la partie du corps de Jésus-Christ enlevée lors de sa circoncision. Sainte Catherine de Gênes souffrait souvent d'une telle

(1) Voir Ploss, *op. cit.*, où il se réfère au témoignage du secrétaire du pape Urbain VII, Thierry de Niem, Barlette, Maillard et autres.

(2) Voir Friedreich, *Allgemeine Diagnostik der psychischen Krankheiten*, 1832, et encore son ouvrage : *Systematisches Handbuch der gerichtlichen Psychologie*, 1835.

chaleur intérieure, que, pour se tranquilliser un peu, elle se couchait par terre et criait : « De l'amour, de l'amour, je n'en puis plus ! » ; elle avait un si grand attachement pour son confesseur, qu'une fois en approchant de son nez la main de ce dernier elle sentit une odeur qui lui pénétra dans le cœur : « une odeur divine », disait-elle, « qui peut réveiller les morts ». Sainte Armelle et sainte Elisabeth souffraient du même feu amoureux. Enfin sont bien connues les tentations douloureuses de caractère sexuel, dont souffraient les saints, comme par exemple saint Antoine, l'ermite. On pourrait sans peine citer une quantité d'autres exemples semblables.

Les médecins et, spécialement, les psychiatres ont depuis longtemps prêté leur attention à cette intimité des sentiments religieux et sexuels ; les psychiatres, plus que tous autres, ont pu fixer la connexion des phénomènes en question. L'époque du sentiment religieux le plus prononcé est l'époque du développement sexuel (Neumann, Krafft-Ebing), quand des sensations toutes neuves et étrangères exigent une objectivité quelconque (Krafft-Ebing). « Le fanatisme religieux, dit Maudsley (1), revêtant une forme malade, est souvent accompagné d'une volupté morbide, tandis que chez certaines femmes, et surtout chez des femmes non mariées et stériles, la disposition religieuse est liée aux maladies de l'utérus. » La connexion entre l'excitation religieuse et l'excitation sexuelle a été signalée par Fries, Friedrich, Meynert (2), Marc, Régis, Loyseau, Brouardel,

(1) Maudsley. *Physiologie de l'esprit*, 1871.

(2) Meynert, dans ses *Klinische Vorlesungen*, 1890, donne un essai intéressant d'explication physiologique de la simultanéité des tableaux du caractère sexuel et religieux chez des épileptiques, une explication sur laquelle, pourtant, on ne peut pas être d'accord avec lui.

Lombroso, Ball, Moreau (1), etc. La folie religieuse (*paranoia religiosa*) est bien souvent liée aux maladies des organes sexuels, et dans les tableaux de cette folie les hallucinations de caractère sexuel, la masturbation et toutes sortes d'excès sexuels ont une place tellement constante et marquée, qu'on en peut trouver l'indication dans chaque manuel élémentaire de psychiatrie. Friedreich (2) cite le cas d'un malade atteint de mélancolie religieuse ; avant le commencement et pendant la durée de la maladie, le malade souffrait de pollutions très fréquentes ; quand ces pollutions ont cessé, la maladie mentale s'est déterminée. Icard (3) rapporte toute une série de cas de folie religieuse qui coïncidaient ou avec la période du développement sexuel, avec le commencement des menstrues, ou avec la suppression temporaire des menstrues, ou enfin avec la ménopause. Ainsi les deux faits suivants sont bien instructifs pour le cas qui nous intéresse.

« I. Enthousiasme religieux, hallucinations, envies d'entrer au couvent, et autres troubles psychiques revenant périodiquement chez une dame qui avait été réglée à dix-huit ans, et dont les menstrues, d'abord peu abondantes, cessèrent complètement un an plus tard. L'application prolongée de courants d'induction sur l'utérus amena, à la fois, le retour des règles et la bonne santé antérieure. »

« II. Une fille de vingt ans, après une suppression totale des menstrues, tomba dans l'exaltation religieuse, et devint très agitée. Avec un traitement approprié, le flux sanguin reparut, et la guérison s'effectua progressivement. »

« Le lien entre la folie religieuse et les organes sexuels, dit Friedreich, est tellement évident, que

(1) Certainement nous n'avons pas nommé même la moitié des psychiatres qui signalent cette connexion.

(2) *Op. cit.*

(3) Icard. *La femme pendant la période menstruelle*, 1890.

même ces éléments qui influent sur les organes sexuels peuvent aussi provoquer cette forme de maladie mentale. C'est comme pour le datura. Sauvages cite quelques cas intéressants qui ont été engendrés par l'emploi de cette plante et qui se sont manifestés principalement en forme de folie religieuse-mystique. » Nous nous arrêterons dans le domaine de la psychiatrie encore sur deux exemples qui, par leur relief, ont à peine leurs équivalents. En premier lieu, c'est la prière d'une hystérique que rapporte le même Friedreich.

Cette prière est adressée à saint Emmanuel : « Oh ! si je te trouvais, divinement bon Emmanuel, si tu étais étendu sur mon lit, mon corps et mon âme se réjouiraient ; viens, que mon cœur te serve de refuge, repose ta tête sur ma poitrine », etc. Une autre observation, encore plus intéressante, est rapportée par J. Moreau (de Tours) dans son ouvrage célèbre, *La Psychologie morbide*. Il cite les lettres de la malade M. X... qui écrit de « l'amour divin qui pénètre et enflamme toutes les parties de son corps ainsi que son âme... Une nuit, bien éveillée, je me sentis suspendue dans toutes mes jouissances, croisant, comme malgré moi, mes bras sur ma poitrine, et attendant dans une sorte de frayeur ce que le Seigneur allait dire. Je le vis très réellement tel qu'il est dépeint au Cantique des cantiques, mais complètement dépouillé de vêtements. Il s'étendit près de moi, mit ses pieds sur mes pieds, croisa ses mains avec les miennes, élargit sa déchirante couronne où il serra ma tête avec la sienne ; puis, tandis qu'il me faisait vivement ressentir les douleurs de ses clous et de ses épines, passant ses lèvres sur les miennes, et me donnant le plus divin baiser d'un époux divin, il m'inspira dans la bouche un souffle délicieux qui, versant en tout mon être une vigueur rafraîchissante, le réjouit partout d'un tressaillement incomparable. »

Il ne faut donc pas nous étonner de la baronne Krudener, qui s'écrie tantôt : « L'amour, c'est moi », tantôt : « Le ciel, c'est moi », ni de la malade de Morel, citée par M. Ritti (*La folie à double forme*), qui se croit tour à tour religieuse ou prostituée; le lien entre les phénomènes examinés est une chose si constante, que, suivant l'opinion de Ball (1), « on pourrait croire que ce sont les mêmes cellules qui président aux deux phénomènes. »

II.

Si l'idée de parenté entre le sentiment religieux et sexuel a, comparativement, peu pénétré dans l'art; si cette idée a été, comparativement, peu usitée par les poètes et les artistes, — il en est tout autrement de la question de l'intimité entre le sentiment sexuel et la cruauté. La peinture, la sculpture et la poésie, le roman contemporain et le drame se sont si souvent occupés de cette question, ont si largement touché ces motifs, qu'il serait insensé d'en parler dans un petit article, car il y a suffisamment de matière pour un livre entier. L'histoire, de même, nous a donné trop d'exemples frappants de cette intimité entre la cruauté et la volupté pour qu'on puisse les examiner en détail (2). Nous nous contenterons des matériaux que nous fournit la psychopathologie et l'anthropologie criminelle. On peut

(1) *Leçons sur les maladies mentales*, 1880-1883.

(2) Dans l'ouvrage de Calmeil : *De la folie*, I, 1845, on peut trouver des exemples d'épidémies mentales où se rencontre cette intimité. Dans l'histoire, chez les gens se trouvant au sommet du pouvoir, nous trouvons de nombreux exemples de cruauté alliée à la volupté (Sylla, Auguste, Tibère, Caligula, Néron, Vitellius, Domitien, Henri VIII; et des femmes : Agrippine, Fulvia, Messaline, Elisabeth d'Angleterre); en outre, on peut indiquer les fameux Gilles de Rays, le comte de Charolais, etc.

estimer comme constaté que, chez une très grande partie des gens, le mal qu'ils causent aux autres (1) provoque le sentiment de volupté; d'autre côté on peut aussi reconnaître pour un fait qu'il ne faut pas considérer comme aliénés ou dégénérés tous ceux chez qui les fonctions sexuelles s'accompagnent d'actes de violence. Ces deux thèses fondamentales nous permettent de fixer la continuité entre les fonctions sexuelles normales et les faits dans la vie sexuelle de l'homme (2), qui sont connus dans la littérature spéciale sous le nom de sadisme, d'algotagnie active, de lagnénomanie, de tyrannisme érotique, etc. Le sentiment sexuel, l'acte même de l'amour sexuel peuvent s'unir avec des actes de violence de trois manières : 1° La violence suit la copu-

(1) D'avance nous rencontrons une contradiction. L'affaire est en ce que le sentiment de volupté est bien souvent provoqué, non seulement par l'action de causer du mal aux autres, mais aussi par l'action de souffrir le mal causé par d'autres. Mais cette contradiction n'est qu'apparente : le sentiment qui accompagne l'action de causer du mal aux autres, de même que le sentiment qui accompagne l'action de souffrir le mal causé par d'autres, ne sont pas si éloignés l'un de l'autre qu'on l'estime ordinairement; au contraire, ces deux sentiments doivent être beaucoup plus rapprochés l'un de l'autre qu'on le croit à l'ordinaire. Autrement il serait bien difficile d'expliquer les cas, où on remarque, chez le même sujet, le sadisme et le masochisme. De pareils cas, on en trouve trois dans la susdite monographie de Krafft-Ebing. Il serait à propos de remarquer qu'il y a toute une série de maladies mentales où l'action de causer du mal, de la violence aux autres et à soi-même (dans les cas extraordinaires, l'impulsion à l'homicide et l'impulsion au suicide) vont ensemble; ce sont la mélancolie agitée et les maladies avec le délire démoniaque. Enfin, il existe toute une série de sectes où la flagellation de soi-même et des autres vont toujours ensemble.

(2) Le sadisme est aussi observé chez les animaux (voir Lombroso, I). Le chameau en rut devient très méchant et mord tout le monde, même les femelles. Au jardin zoologique de Hambourg, un kangaroo tua sa femelle et son petit dans un accès de fureur érotique. Le serin mâle des Canaries détruit souvent, en pareil cas, son propre nid, et disperse les œufs, il tue la femelle et, pour le dompter, il faut lui en donner deux. Dans quelques espèces d'araignées, la femelle, qui est plus grosse, tend des pièges au mâle et le tue après l'accouplement.

lation; la copulation ne contente pas le sujet et ce dernier la finit par une série de violences sur sa victime; 2° la violence précède la copulation; dans ce cas la violence rétablit la *potentiam coeundi* déjà affaiblie ou dissipée; 3° la copulation n'a pas du tout lieu et est remplacée par la violence; c'est le sadisme au propre sens, où la violence est un équivalent de l'amour sexuel. Un peu à part sont les cas où l'excitation sexuelle est obtenue, non pas par l'action d'occasionner du mal à un autre (1), mais seulement par la contemplation de pareilles scènes de violence et même par la pensée de pareilles scènes. Dans l'intérêt de notre problème, ces derniers cas sont très instructifs; néanmoins nous ne les citerons pas *in extenso*; on peut les trouver bien facilement dans la monographie classique de Krafft-Ebing, *Psychopathia sexualis*, 1893, et dans l'ouvrage de Eulenburg, *Sexuale Neuropathie*, 1896; nous n'allons nous arrêter que sur un cas très intéressant de Schulz (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1869, n° 49) (2), où un homme de vingt-huit ans ne pouvait avoir aucune relation sexuelle avec sa femme qu'après avoir obtenu artificiellement une disposition d'humeur furieuse.

Si nous voulions trouver des traits communs dans les faits analysés, certainement que nous aurions réussi en les trouvant dans l'essentiel de ces deux émotions, de même que dans leur apparence extérieure. L'amour et la méchanceté représentent les plus grandes passions; l'amour et la méchanceté ne sont que des variétés, des formes de la même passion de la force, de la puissance et du pouvoir (*rüstig, sthenisch Affect* de Krafft-Ebing);

(1) Moll. *Die conträre Sexualempfindung*, 1891. Il y a une observation extraordinairement intéressante où la violence (spécialement l'action de porter des blessures) accompagnait des relations sexuelles anormales, mais inverses (entre deux hommes).

(2) Cité d'après Krafft-Ebing.

l'amour et la méchanceté ont devant eux une image, un objet précis et concret dont ils espèrent prendre possession, contre lequel ils veulent, pour ainsi dire, décharger leur énergie accumulée. L'amour et la méchanceté, enfin, mettent la sphère psycho-motrice dans le plus haut degré de tension. Dans l'apparence extérieure de ces deux émotions on peut trouver aussi beaucoup de semblable, de commun. Beaucoup de gens, tout à fait normaux, seulement un peu plus passionnés et ardents, arrivés au point culminant de leurs jouissances sexuelles, commencent à mordre et à égratigner.

« Le pouvoir illimité de l'homme sur la femme qui se donne à lui ; la ressemblance de l'acte de l'amour sexuel à l'acte de la violence sanglante, la ressemblance, conditionnée par la lutte au premier baiser, par la souillure de la femme par le sang, par la destruction de ses épidermes à la défloration, par la résistance vraie ou feinte de la femme, enfin le sentiment de la victoire, du triomphe, hérité peut-être de ces temps où le pillage et la lutte précédaient la possession de la femme, tout ceci, — dit Kurella (1), — conditionne une certaine parenté entre la volupté et la cruauté, connue depuis longtemps ».

La période du développement sexuel, le temps d'apparition des premières menstrues chez les filles, est non seulement le temps du sentiment religieux le plus intensif, dont nous avons parlé dans la première partie de notre travail ; mais à cette époque se montre aussi chez les filles une inclination sans motif pour le meurtre. D'après Drill (2), c'était connu du temps d'Hippocrate.

(1) *Naturgeschichte des Verbrechers*, 1893.

(2) *Les criminels mineurs*, I, 1884. Il se réfère aux ouvrages de Semelaigne (*Etudes historiques sur l'aliénation mentale dans l'antiquité*) et Azam (*De la folie sympathique*).

La même tendance au meurtre est aussi observée quelquefois pendant les maladies des organes sexuels chez les femmes (Azam). Dagonet (1) a observé une malade prise à chaque époque menstruelle d'impulsions homicides violentes ; sous l'influence de cette disposition, elle avait tué ses trois enfants. Icard (2) a recueilli plus de vingt cas de meurtres commis par des femmes à l'époque menstruelle, des meurtres complètement incompréhensibles et sans aucun but : une bonne tue un enfant de deux ans qui se trouvait sous sa surveillance ; une femme tue son mari, jadis très aimé ; la mère tue ses enfants ; souvent la femme tue le premier venu, comme si elle ne pouvait se retenir du meurtre. Quelques cas analogues sont cités par Kowalewsky (3). Enfin, chez Lombroso et Ferrero (4), on trouve aussi des indications à ce que certaines criminelles avaient des menstrues au moment du meurtre.

Nous nous arrêterons encore sur quelques considérations de caractère physiologique, lesquelles parlent aussi en faveur de la connexion entre la cruauté et la volupté. Dans la *Physiologie* de Roudolphi, se trouve cette observation intéressante, que chez des gens émasculés, des vieillards, et chez ceux qui sont atteint de tabes dorsalis, le sentiment de férocité et de cruauté disparaît entièrement (5). A cette déposition du physiologue correspond le fait généralement connu que les taureaux, auparavant furieux et méchants, deviennent après la castration dociles et même bons. Nous citerons encore

(1) *Traité des maladies mentales*, 1894.

(2) *Op. cit.*

(3) *L'état menstruel et les psychoses menstruelles*, Archives XXIII, 1, 1894. Ce sont des cas de Krafft-Ebing, Westphal, Tuke, Giraud et Ball.

(4) *Op. cit.* La valeur de cette dernière remarque est certainement relative.

(5) Cité d'après Blumröder, *Ueber das Irresein*, 1836.

un fait, constaté plusieurs fois, que l'apparition hâtive de l'instinct sexuel, la masturbation hâtive et incessante vont souvent ensemble avec un penchant très prononcé de faire des méchancetés, et une férocité extraordinaire. Lombroso (1) prend chez Esquirol « un cas très curieux où l'on observe, à côté des penchants obscènes, et causée en partie par eux, une idée fixe de parricide; le sujet était doué d'une intelligence claire et précoce, et nous fournit ainsi un exemple complet de folie morale et de criminalité ».

Un cas semblable est décrit par Morro et Lombroso (*Archivio di psych. scienz. penal.*, II, 1883), où, chez un enfant de trois ans, à côté de la masturbation le penchant de faire le mal a été très prononcé. Quelques cas de la même nature se trouvent chez Magnan (*De l'enfance des criminels*), de même que chez Schnepf (*Des aberrations du sentiment*); surtout est très intéressant le cas de Charcot et Magnan (Inversion du sens génital, *Arch. de Neurologie*, 1882) : un garçon de six ans se livrant à la masturbation, faisait subir, en imagination, à la fille qu'il avait choisie, tous les tourments possibles; il lui infligeait les tortures les plus cruelles, il « lui clouait des fers sous les pieds, comme l'on fait aux chevaux, ou bien il lui coupait les pieds ».

Nous finissons cette partie de notre ouvrage par les mots de M^{me} de Lambert (2) (*Œuvres morales*, 1883) : « Il y a toujours une sorte de cruauté dans l'amour; les plaisirs de l'amant ne se prennent que sur les douleurs de l'amante. L'amour se nourrit de larmes. »

(1) *L'homme criminel*, I, 1895.

(2) Cité d'après Féré : Le sadisme aux courses de taureaux, *Revue de médecine*, 1900.

III

Dans la nécessité de fixer la parenté entre la cruauté et le sentiment religieux, nous sommes soutenus avant tout par la considération suivante : deux sentiments, dont chacun à part se trouve être de parenté à un troisième, doivent être de parenté entre eux. Si nous avons réussi à prouver la connexion entre le sentiment religieux et sexuel (I); si, de même, nous avons réussi à prouver la connexion entre la cruauté et le sentiment sexuel (II), alors, nous semble-t-il que, par cela même, nous aurions presque prouvé la connexion entre la cruauté et le sentiment religieux (III). Néanmoins, nous n'avons pas l'intention de nous contenter d'un moyen d'argumentation si formel. Nous préférons reproduire les paroles des autres.

« Ce qui étonne, écrit Corre (1), c'est la fréquente alliance de la religiosité et des bas instincts. La religion n'empêche ni le vice ni le crime; elle sert même quelquefois de prétexte à l'un et à l'autre. Les bandes italiennes n'oublient pas la Madone, au cours de leurs expéditions, comme jadis nos flibustiers réservaient une large part de leur butin aux églises; et les prostituées espagnoles placent leur lit sous la bienveillante égide de la Vierge, comme les pécheresses du beau monde vont, avec la plus parfaite indifférence, du confessionnal à la couche de leurs amants. La religiosité, née de la crainte vague des puissances occultes, que l'homme a appelées divinités, et auxquelles (d'après l'intuition de sa propre nature) il a toujours attribué plus de méchanceté que de bonté, se développe avec la notion de sa petitesse,

(1) Corre. *Les criminels*, 1889.

au milieu d'un monde à peu près ignoré, apparaît comme un besoin de protection, chez un être sans défense. Avant toute civilisation, l'homme, pour obtenir les faveurs ou seulement la pitié du Maître invisible et de ses satellites (génies), matérialisés dans les éléments les plus redoutés, ou incarnés dans les animaux les plus dangereux, s'est fait humble par la prière et l'offrande spontanée... Basée sur la crainte et sur l'intérêt, ce n'est que par une action très indirecte que la religion s'est montrée civilisatrice. C'est une faiblesse qui, paradoxalement, a servi quelquefois à créer des forces, comme la guerre est une abominable chose qui a servi parfois à réparer bien des maux : l'une et l'autre mettent en relief les sentiments les plus admirables à côté des pires. Il est donc assez naturel que la modalité cérébrale, sur laquelle repose la religiosité, se rencontre, et chez les individus les mieux trempés, comme l'indice d'une défectuosité non éteinte par le progrès social, et chez les individus mal équilibrés, comme une démonstration nouvelle des oscillations du sentiment, sans le contrepoids de l'intelligence. La religion ou la superstition (car c'est pour nous tout un), s'accommode avec l'anti-altruisme. »

« Si le bon Samuel a scié des prisonniers entre deux planches (1) ; si les fils d'Allah, de Sabaoth, etc., ont, avec avantage remplacé les sacrifices humains par des hécatombes réciproques de païens, de musulmans et de chrétiens ; si l'orthodoxie et l'hérésie, l'Inquisition et la Royauté ont couvert de sang et de ruines l'Europe, l'Amérique et le monde entier ; si la routine sainte a combattu la Science par le fer, par le feu, par la géôle et l'excommunication, c'est en l'honneur du Père com-

(1) Lefèvre. *La religion*, 1892. Nous sommes d'avis que l'histoire des religions pourrait fournir beaucoup en ce qui nous intéresse ; à notre regret, nous n'avons pas pu nous occuper de cette partie de la question.

mun, pour la plus grande gloire de Dieu, de ses vicaires, et de ses représentants privilégiés. Le bien est ce que le Père commande; le mal, ce que le Père réprouve : le meurtre, la perfidie, s'il les ordonne, deviennent un suprême mérite. »

Nous nous excusons de ces citations trop longues, et nous revenons aux faits. Sur 200 assassins italiens, Ferri n'en a pas trouvé un seul qui fût un homme sans religion. A Naples, comparativement à toutes les autres villes d'Europe, est constaté le plus grand nombre des crimes contre les personnes; pour 100.000 habitants il y a 16 assassins, tandis que dans le reste d'Italie il n'y en a que 8. En même temps Naples est la ville la plus religieuse d'Europe. « Nulle part, dit Garofalo, il n'y a une telle quantité innombrable de processions religieuses, comme à Naples; nulle part toutes les prescriptions de l'Église ne sont accomplies avec autant de ferveur que là-bas (1). »

Joly (2) nous cite la Normandie, où le respect de la religion rituelle est très répandu; et où en même temps la criminalité est très élevée; il nous rapporte même ce proverbe en usage chez les habitants de la Lozère : « Lozérien, le chapelet d'une main et le couteau de l'autre ».

Arrêtons-nous sur quelques faits séparés, en les empruntant à l'ouvrage : *L'homme criminel*, de Lombroso. Verzeni, qui avait étranglé trois femmes, se faisait remarquer parmi les plus assidus et les plus sincères à l'église et au confessionnal; il sortait d'une famille, non seulement religieuse, mais bigote. — Les assassins Bertoldi, père et fils, assistaient tous les jours à la messe, agenouillés sur les dalles, le visage contre terre. —

(1) Cité d'après Havelock Ellis, *Verbrecher und Verbrechen*, Deutsche Ausgabe von Kurella, 1894.

(2) Cité d'après Lombroso : *Le crime, causes et remèdes*, 1899.

Boggia, condamné à Milan pour 34 meurtres, entendait la messe tous les jours ; il portait le dais à toutes les processions du Saint-Sacrement ; il ne manquait à aucune cérémonie ; il prêchait continuellement la morale et la religion du Christ, et voulait être de toutes les Sociétés religieuses. — Marc..., jeune Napolitain qui avait tué son père, était chargé d'amulettes. — L'Aveline, dans une lettre à son complice, place l'empoisonnement de son mari sous la protection divine. — La Zambeccari avait promis un calice à Notre-Dame de Lorette pour le cas où elle réussirait à empoisonner son mari. — Michillin, approuvant le plan d'un assassinat, disait à son camarade : « Je viendrai, et je ferai ce que Dieu t'inspire ». — Lacollange, tout en étranglant son infortunée maîtresse, lui donnait l'absolution *in articulo mortis*, puis vendait le produit de ses vols pour lui faire dire des messes. — Bourse, aussitôt après avoir commis un vol ou un homicide, courait s'agenouiller dans une église. — Masini, avec sa bande, rencontre un jour un prêtre avec trois de ses compatriotes ; il scie lentement la gorge à l'un d'eux avec une lame ébréchée ; puis, la main encore teinte de sang, il force le prêtre à lui administrer la communion.

Si, comme nous venons de le montrer, les gens cruels et criminels se montrent trop souvent des gens très religieux, d'autre part les gens religieux, et d'autant plus les fanatiques, se montrent très souvent des gens cruels. On peut citer toute une série de meurtres effroyables dans la vie des piétistes de l'Europe occidentale (1), des meurtres accomplis dans l'extase reli-

(1) Ce sont des cas qu'on peut trouver chez Levenstine, *Le fanatisme et le crime*, Saint-Petersbourg, 1898. Il s'est servi des ouvrages suivants : Dr Salat, *Versuche uber Supernaturalismus und Mysticismus*, 1823, et Meyer, *Schwärmerische Grauelscenen oder Kreuzigungsgeschichte einer religiösen Schwärmerin in Wildenspruch*, 1824.

gieuse. Nous ne parlerons pas des crimes accomplis par des aliénés sous l'influence de la monomanie religieuse (1). Nous nous référons à l'autorité de l'opinion de Marc, de même que de Morel. « Les exemples de crimes monstrueux, dit Marc (2), devenus la conséquence de la monomanie religieuse, ne salissent malheureusement que trop souvent les pages de l'histoire humaine. Le meurtre, le suicide, l'adultère, l'incendie, les cruautés les plus atroces, les plus contraires aux sentiments affectifs, n'ont eu fréquemment d'autre origine. » Morel (3) écrit : « La science a enregistré des cas fréquents d'homicides exercés par des aliénés sous l'influence d'une idée religieuse délirante ».

Dans l'intérêt de notre problème sont très instructifs les crimes sexuels accomplis par des délirants mystiques (*Sexuelle Delicte bei religiöser Paranoia*, de Krafft-Ebing) ; ici, chez le même individu et en même temps, on peut constater la cruauté, la dépravation sexuelle et la piété ; nous ne sommes nullement disposés à expliquer de pareils cas par l'éventualité.

Nous devons mentionner à cette occasion encore une circonstance du domaine de la psychiatrie : nous avons en vue la dégénérescence du caractère chez les épileptiques. Chez la plupart de ces malades on peut observer une connexion extraordinairement intéressante de l'hypocrisie et de la cruauté ; ce sont des gens qui parlent constamment de Dieu, vont toujours à l'église, et montrent, en même temps, une extrême cruauté envers leurs proches.

(1) On peut trouver des cas de meurtres accomplis par des délirants mystiques, chez Ball, Morel, etc. Voir aussi Despine, *Psychologie naturelle*, II, 1868.

(2) *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, 1845.

(3) *Traité théorique et pratique des maladies mentales*, 1853.

L'histoire des sectes de tous les temps et de tous les peuples peut nous fournir une masse d'exemples sur la question qui nous intéresse. Néanmoins, nous ne parlerons que d'une secte russe, des « Khlisti ». Pour cela nous nous servirons de l'ouvrage de Levenstine, *Le fanatisme et le crime*. Les « Khlisti » se réunissent à leurs cérémonies religieuses, nommées, « les empressements (*radiénia*) ». Lorsqu'ils se réunissent à ces « empressements », ils veulent entendre des prophéties ; mais pour que la prophétie ait lieu, il est nécessaire de prier et de « s'empresser ». Cet « empressement » doit tuer la chair, mettre l'homme dans une extase nerveuse, pendant laquelle on peut se délier du monde, et prophétiser. Cette extase s'agrandit et s'empare de toutes les personnes présentes comme suite de la danse pendant laquelle elles se battent les unes les autres, et les femmes se mettent à nu... Pendant ces cérémonies les nerfs sont excités au plus haut degré et les gens tombent dans une extase pendant laquelle ils sont non seulement en état de se livrer à la plus grossière débauche sexuelle, mais aussi d'accomplir des choses plus dangereuses. Nous nous arrêterons d'une manière plus détaillée sur un cas devenu cause d'un procès criminel, un cas où se réunissent les trois phénomènes examinés.

Prascovie K..., S..., Ch... appartenaient à la secte des « Khlisti ». Le 13 juin 1869, ils vinrent à « l'empressement » chez leur maître K..., et de là ils partirent pour la maison ; outre les trois personnes mentionnées, sur le même charroi se trouvaient la fille paysanne K... et le paysan K... Prascovie K... se disait tout le temps ou la Sainte Vierge ou Barbe la glorieuse martyre ; les autres étaient complètement soumis à elle, malgré que S... se nommât Jésus-Christ. Arrivés à un lac, Prascovie ordonne qu'on jette la fille K... dans l'eau ; cet ordre fut immédiatement exécuté,

malgré la résistance de la pauvre fille. Puis la même Prascovie ordonna de fouetter le paysan K...; S..., en exécutant la volonté de Prascovie, commença à lui porter des coups de fouet; mais K..., ne pouvant plus les supporter, s'enfuit de ses tyrans et se cacha dans un fossé d'où il put tranquillement observer ce que faisaient les autres. S... et les deux femmes, complètement nues, commencèrent à danser, à s'embrasser et à se battre les uns les autres. Puis S... et Prascovie se mirent à battre Ch... La fin en fut telle qu'ils l'ont traînée au chariot, l'ont attachée à la roue et l'ont deux fois passée avec le chariot. S... tomba dans une telle extase qu'il s'est couché sous les pieds des chevaux qui ont passé sur lui. Prascovie le releva à demi vivant et tout ensanglanté, et s'en alla au grand galop. — Il nous paraît difficile de trouver des exemples plus éloquents.

Nous finirons cette partie de notre esquisse encore par deux exemples de l'histoire. Le premier en est Louis XI. Sa cruauté est passée en proverbe, et en même temps c'était un homme extraordinairement pieux; il passait son temps, on à murmurer des prières ou à examiner les cages en fer où étaient les victimes de sa cruauté. Le second exemple est Jean IV le Terrible. Nous citons les paroles de Kowalewsky (1) : « Le Tsar vivait entre l'autel et la chambre de la question, avec le clergé et les exécuteurs de ses ordres inhumains et cruels; souvent il était le supérieur du monastère et le bourreau en même temps. Il se réveillait à minuit, et le jour commençait par une prière. Souvent, assistant à une messe, il donnait les ordres les plus féroces et les plus cruels. Après le dîner, le Tsar s'entretenait pieusement avec ses favoris, ou bien allait à la chambre de la question pour y mettre une de ses victimes à la torture ».

(1) *Jean le Terrible*, 1893.

Il faut ajouter à cela que le mélange de l'ascétisme, de la piété sévère et de la férocité se complétait par l'effrénement sexuel le plus immoral. On voit ainsi de nouveau réunis le mysticisme, la volupté et la cruauté.

CONCLUSION

De toute la littérature que nous avons examinée, ce n'est que chez Féré et chez Krafft-Ebbing, et encore légèrement, que nous avons trouvé des indications sur la connexion des trois sentiments. Il a été beaucoup dit à propos de la connexion du sentiment religieux et sexuel (I); encore plus, peut-être, de la connexion de la cruauté et de la volupté (II); mais comparativement peu à propos de la connexion du sentiment religieux et de la cruauté (III), et encore moins à propos de la connexion de ces trois sentiments réunis. D'autant plus instructif doit paraître le fait, que l'idée de la parenté de ces trois passions entre elles a été exprimée très positivement, il y a plus de cent ans, par le malheureux philosophe-mystique Friedrich von Hardenberg, nommé Novalis (1); nous citerons littéralement ses paroles, dont l'importance n'a pas encore été appréciée jusqu'à présent : « Il est assez étonnant, dit-il, que, depuis longtemps, l'association de la volupté, de la religion et de la cruauté n'ait pas rendu les hommes attentifs à leur parenté intime et à leur tendance commune ». Quelles que soient les conséquences que nous ayons tirées de nos données, elles paraîtront à beaucoup de monde ne pas être fondées, et certaines personnes les trouveront même absurdes; mais, ne nous arrêtant pas devant cet obstacle, nous estimons possible de conclure comme il suit.

(1) Novalis. *Schriften herausgegeben von Ludwig Fieck und Fr. Schlegel*, II, 1826.

En premier lieu, — la religion : la cruauté et la volupté sont très proches parentes ; un de ces sentiments s'élève à côté de l'autre, ou est remplacé par l'autre ;

En second lieu, — des trois sentiments examinés, le plus fort est le sentiment sexuel ; le sentiment religieux et la cruauté, en certains cas, doivent être regardés comme des succédanés du tout-puissant instinct sexuel. Les juges, les instituteurs et les moralistes ne doivent jamais oublier cela ;

En troisième lieu, — la réunion de ces divers sentiments dans un groupe peut avoir de l'importance pour la classification naturelle physiologique des sentiments, classification qui est possible dans l'avenir.

SUICIDE ET FOLIE

Par le Dr VIALLON

Médecin adjoint de l'asile de Bron.

Suite (1).

§ IV. — Si les moyens mis en œuvre par les aliénés pour se détruire révèlent, quelquefois, par leur originalité, le trouble mental de leurs auteurs (individu passant dix ans à confectionner la guillotine qui doit le tuer, un autre s'enduisant de pétrole, se suspendant à sa crémaillère, et se faisant brûler; un troisième se faisant sauter avec une cartouche de dynamite, ou se tuant avec un canon qu'il a forgé, etc.), il faut convenir que dans la plupart des cas les aliénés se servent pour se suicider des mêmes moyens que les gens sains d'esprit; ils ont, le plus souvent, recours à la pendaison, à la submersion, aux armes à feu, au poignard, au poison..., et leur suicide n'offre rien d'intéressant dans l'accomplissement.

Il y a pourtant un moyen qui leur est pour ainsi dire particulier, non pas tant dans leur milieu familial que dans les asiles : nous voulons parler du refus des aliments.

La sitiophobie, chez les aliénés, est loin d'être toujours l'indice d'une tentative de suicide. Le plus souvent, en effet, elle est provoquée par des craintes d'empoisonnement, le malade préférant se priver d'aliments, plutôt que de s'exposer à absorber des substances toxiques.

(1) Voir les *Annales* de juillet-août et septembre-octobre 1901.

Quelquefois aussi c'est la conséquence d'une hallucination (une voix quelconque commande au malade de ne pas manger). On peut aussi la rattacher, dans certains cas, chez certains paralytiques et déments en particulier, à des idées bizarres : ces malades se figurent qu'ils n'ont plus d'estomac, qu'ils peuvent vivre sans s'alimenter, etc. Certains hypocondriaques aussi, croyant que leur œsophage est bouché, que leurs intestins sont collés, refusent obstinément la nourriture. Tous ces malades, en agissant ainsi, n'ont nullement l'intention de se laisser mourir par inanition.

Chez d'autres aliénés, au contraire, le refus des aliments est un moyen de suicide. Si ce moyen est plus particulier dans les asiles, c'est que, par le fait de leur internement, et par suite de la surveillance incessante dont ils sont l'objet, les malades n'ont plus le choix du moyen par lequel ils peuvent se détruire : la submersion est impossible, la pendaison ne peut se produire que par suite du manque de surveillance ; les malades n'ont à leur disposition ni instruments piquants, ni instruments tranchants. Ils essaient souvent de s'étrangler, de s'assommer contre les murs ; mais, devant l'inutilité de ces tentatives et les moyens de contrainte qui leur sont appliqués, ils cherchent à se laisser mourir de faim (1).

§ V. — *Causes physiques et morales.* — La cause prépondérante de la tendance au suicide chez les aliénés est donc la prédisposition héréditaire. Si chez les prédisposés on peut aussi parfois faire intervenir des causes secondaires, physiques ou morales, il faut reconnaître qu'elles n'offrent rien de bien spécial. Ce sont

(1) Luther V. Bell. Sur l'alimentation forcée des aliénés (*American journal of insanity* (janv. 1850). — Kløpfel. Du refus des aliments chez les aliénés (*Irrenfreund*, 1870). — Alleaume. Etude clinique sur le refus des aliments. Th. Paris, 1876.

les causes déterminantes ordinaires d'un accès de folie, variables suivant les individus, leur degré de résistance, leur éducation, leurs opinions politiques et religieuses, le milieu où ils vivent, etc... Elles n'ont donc qu'une valeur relative.

Cependant, bien que l'hérédité prime tout, il ne convient pas, non plus, de négliger ces influences secondaires, déterminantes ; elles peuvent être utiles à connaître à plus d'un titre, et surtout pour le traitement. Nous passerons en revue, rapidement d'ailleurs, les causes physiques et morales le plus ordinairement incriminées. Nous nous réservons d'étudier, dans des chapitres séparés, l'influence de la menstruation et de ses troubles, des délires religieux et de l'imitation.

1° *Causes physiques.* — En général, toutes les causes physiques dépressives, surtout si elles agissent longtemps sur l'individu, peuvent faire naître la tendance au suicide. C'est ainsi qu'on a le plus souvent incriminé les névralgies, les névrites, les affections carcinomateuses, cardiaques, pulmonaires, les maladies chroniques du tube digestif et de ses annexes, des organes génito-urinaires, les diathèses arthritique, scrofuleuse, herpétique, les affections cérébrales et médullaires chroniques, les intoxications diverses, les maladies infectieuses, etc., en un mot presque toutes les causes de l'aliénation mentale, y compris l'onanisme, l'asthme, les maladies vénériennes.

Il nous paraît oiseux de passer en revue toutes ces causes dont l'action est loin d'être démontrée ; nous ne retiendrons que quelques-unes d'entre elles dont l'influence se dégage plus nettement (affections cardiaques, affections douloureuses, maladies infectieuses...). L'intoxication éthylique sera étudiée lorsque nous décrirons les manifestations suicides des alcooliques.

S'il faut en croire Corvisart, Nasse, Saucerotte,

Morel, Potain, les affections organiques du cœur inciteraient assez fréquemment au suicide. Cependant les observations publiées à ce sujet sont assez rares. Chez les cardiaques, cette tendance se manifesterait surtout sous la forme impulsive et obsédante. « Beaucoup de suicides ne reconnaissent pas d'autres causes, et surtout de ces suicides instantanés, subits, imprévus, qui pourraient jeter des doutes sur la moralité antérieure des malades, qui ne sont autres que les plus malheureux de tous les êtres souffrants. » (Morel.)

Chez deux de nos malades on serait tenté de rapporter le penchant au suicide à une lésion mitrale.

OBS. V. — Femme âgée de trente-huit ans, mariée. Père mort à trente-neuf ans de pneumonie ; mère morte à trente-huit ans d'affection cardiaque ; une sœur bien portante.

Cette malade a toujours eu une santé relativement bonne, mais est atteinte d'une affection mitrale qui s'est aggravée ces derniers temps, à la suite de soucis nombreux, et qui a motivé son entrée à l'hôpital. D'une humeur habituellement triste, avec accès mélancoliques plus prononcés par intermittences, la malade a éprouvé de gros ennuis en voulant monter un commerce d'épicerie. A l'hôpital, elle commence à divaguer, à se croire persécutée, et fait plusieurs tentatives de suicide qui offrent tous les caractères de l'impulsion. La malade ne s'en souvient plus. Transférée à l'asile des aliénés, elle manifeste des idées de persécution : elle attribue sa maladie à des sorciers qui, la nuit, faisaient du bruit chez elle, dans le but de « l'agacer, de la taquiner, de l'empêcher de dormir ». Ces bruits coïncidaient avec des palpitations, mal interprétées par la malade. A l'asile, elle a refusé plusieurs fois les aliments par crainte d'empoisonnement, mais n'a pas fait de nouvelle tentative de suicide (1).

OBS. VI. — Hommé âgé de soixante-quatre ans, vigneron. Père mort à soixante-sept ans de maladie de cœur, mère morte

(1) Nos observations ont été prises en partie à l'asile de Dijon et en partie à l'asile de Bron (service de M. le professeur Pierret, et service de M. le docteur Roussel).

à quatre-vingt-huit ans de cachexie sénile, deux sœurs bien portantes. Ce malade est atteint d'une affection cardiaque, lésion mitrale; pas d'excès alcooliques.

Maladie mentale à début presque subit, caractérisée par des obsessions diverses avec angoisse, accompagnées d'un état mélancolique très accentué se déclarant sans motif : tristesse impossible à surmonter; le malade prétend ne plus pouvoir penser ni s'occuper; il est inquiet, redoute toujours « quelque chose ». Il croit que tout ce qu'il touche va lui communiquer du mal; il se rend bien compte qu'il a une crainte absurde, mais ne peut, malgré tout, empêcher cette idée de s'imposer à son esprit. C'est ainsi que s'il marchait sur un crottin, il craignait de porter la contagion sous ses pieds, avec la frayeur de la répandre de tous côtés. Tout ce qu'il pense le torture, et le souvenir des angoisses passées le bouleverse. Un jour, le malade se sent « entraîné malgré lui, par une force irrésistible, à aller se pendre ». C'est alors qu'il a lutté énergiquement, disant : « Non, non, je n'irai pas. » Souvent aussi il se disait : « Je ne pourrai pas vivre avec mes angoisses, je ne résisterai pas toujours, je finirai par me détruire ». Ces idées de suicide semblaient lui venir du creux de l'estomac, et lui remonter à la tête; alors il souffrait moins de l'intérieur et moralement, mais éprouvait des sifflements d'oreille, de la lourdeur de tête et de la rougeur de la face. Etat physique assez bon. Pas de stigmates physiques de dégénérescence.

Il est incontestable que les phénomènes douloureux, de quelque origine qu'ils soient, sont une cause puissante de suicide; on le comprend aisément. Valleix, Jaccoud en ont cité des exemples.

Rongier (1) montre que les tabétiques lypémaniques ont plus souvent que les autres mélancoliques des idées de suicide. Plusieurs de nos malades ont manifesté des tendances au suicide, on ont fait des tentatives par suite de céphalalgies violentes.

OBS. VII. — Une mélancolique nous écrit ces quelques

(1) Rongier. Essai sur la lypémanie et le délire de persécutions chez les tabétiques. *Th.* Lyon, 1882.

lignes que nous citons textuellement : « J'ai eu une douleur atroce dans la tête, qui a duré pendant quinze jours, et par moment j'avais idée de me pendre. Depuis j'ai eu souvent, par intervalles, des douleurs intenses derrière la tête, il m'était même impossible de me peigner; ces douleurs me prenaient même presque dans les yeux, et j'ai été plusieurs fois sur le point de me détruire. »

OBS. VIII. — Une femme, cinquante-quatre ans, sans antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle. Mélancolie à la suite de la perte de deux de ses enfants; quelques idées de persécution (on l'électrise, on cherche à lui nuire, on veut la fusiller, etc.); troubles gastriques dépendant probablement d'une dilatation d'estomac. Maux de tête presque continus avec exacerbations paroxystiques durant lesquelles la malade fait des tentatives de suicide. C'est dans ces conditions qu'elle essaie de s'empoisonner, de se noyer, qu'elle a absorbé du pétrole pour se détruire.

OBS. IX. — Femme âgée de trente-deux ans, sans profession. On ne trouve dans les antécédents héréditaires qu'un cas d'idiotie. Contracte une amygdalite, et trois jours après présente des troubles mentaux. Pendant huit jours, elle essaye continuellement de se jeter à l'eau, et y parvient. C'est alors qu'on se décide à l'interner. La malade paraît abattue, elle répond cependant bien à toutes les questions; elle se plaint de douleurs de tête violentes qui vont d'une tempe à l'autre. C'est, dit-elle, lorsque ces douleurs sont trop fortes, qu'elle ne veut plus vivre.

On peut donc considérer dans certains cas l'élément « douleur » comme une cause occasionnelle qui fait éclore ou le plus souvent accentue l'idée de suicide.

Les gens sains d'esprit se tuent souvent parce que les douleurs qu'ils ressentent sont intolérables; il n'est pas étonnant, par conséquent, qu'une douleur intense fasse naître le même désir chez l'aliéné, ou exagère dans de grandes proportions sa tendance au suicide.

On a remarqué que certaines maladies infectieuses, la fièvre typhoïde, la variole, la malaria, la grippe en particulier, étaient des causes assez fréquentes de suicide.

Elles agiraient surtout au déclin de la maladie, alors que l'organisme est affaibli. Dans la malaria, le suicide se produirait soit au moment où la température s'élève (il n'est alors qu'accidentel), surtout dans les formes pernicieuses, soit après la cessation de l'accès fébrile. Dans certains cas (formes larvées), les troubles mentaux et le suicide se montrent par intermittence, et tiennent lieu et place d'un accès franc. Ils sont parfois accompagnés de frisson et de température. A la suite de la grippe, des troubles mentaux apparaissent fréquemment, caractérisés surtout par de la confusion mentale avec hallucinations diverses, de la dépression mélancolique, et souvent aussi par des tendances au suicide. Pendant les épidémies de grippe, le nombre des suicides augmente dans une grande proportion. On lit dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (1) : « Notre distingué confrère de Saint-Étienne, le D^r Reynaud, a eu la patience de relever les statistiques obituaires parisiennes. Il a constaté que, sous l'influence des épidémies de grippe, le nombre des suicides, dont la moyenne en avril est de 21, s'est élevé à 39. Il attribue cette recrudescence de suicides à l'influence des psychoses, et confirme ainsi les conclusions de la thèse de M. Leledy sur les rapports de la grippe avec l'aliénation mentale ».

Nous avons recueilli plusieurs observations où le trouble mental et la tendance au suicide étaient provoqués par la grippe. Nous donnons les deux suivantes qui nous semblent résumer le type le plus ordinaire.

OBS. X. — Femme, cinquante ans ; père mort d'une hémorragie cérébrale, mère morte aussi d'apoplexie, une tante morte aliénée, une sœur décédée à vingt-sept ans d'affection indéterminée. La malade a toujours été très nerveuse et irritable.

(1) *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 16 août 1893.

Bonne santé habituelle; elle a deux filles bien portantes; n'est plus réglée depuis deux ans, et l'âge critique n'a déterminé chez elle aucun trouble mental. Début de l'influenza, il y a un mois, la malade est restée alitée pendant quinze jours; début du délire à la période terminale de la grippe; état de confusion mentale avec illusions et hallucinations de la vue et de l'ouïe, peurs sans motifs, marmottements continuels, insomnies persistantes, refus intermittent des aliments, et idées de suicide. A l'asile, cet état de confusion mentale persiste; la malade paraît inquiète, se relève la nuit, cause seule, cherche à s'en aller, court dans le dortoir. Au bout d'un mois, retour progressif à la raison.

Obs. XI. — Un homme de trente-cinq ans, sans tare héréditaire connue, et ayant toujours joui d'une excellente santé, contracte la grippe en février 1898. Phénomènes nerveux très prononcés. Céphalalgies violentes, insomnie, agitation pendant la première semaine, puis dépression progressive avec troubles mentaux vagues, obnubilation, craintes sans motifs. Cet état s'accroît, le malade fait une tentative de suicide, essaie de se précipiter par une fenêtre, mais est retenu à temps, et interné. Il est dans un état de demi-stupeur, répond à peine, s'alimente avec difficulté, croit reconnaître certaines personnes; il ne paraît pas avoir d'hallucinations. Il a encore un peu de fièvre ($37^{\circ}7$ à $38^{\circ}3$, température rectale). Nouvelles tentatives de suicide à l'asile: le malade cherche à s'étrangler avec son foulard. Au bout d'une quinzaine de jours, amélioration marquée, plus de fièvre. Peu à peu le malade revient à la raison, mais ne se souvient que très vaguement qu'il a voulu se détruire.

On peut rapprocher des maladies infectieuses les auto-intoxications, qui assez fréquemment donnent naissance, chez les individus prédisposés, à des accès lypémaniques avec propension au suicide.

Souvent, dans le cours d'une affection mentale, la tendance au suicide éclate à l'occasion d'un embarras gastrique, d'une rétention d'urine, d'une constipation opiniâtre. Les brightiques sont assez souvent portés à mettre fin à leurs jours.

En résumé, à part quelques causes physiques dont

l'action est plus manifeste, il ne nous semble pas qu'on doive leur prêter une grande influence.

En règle générale, tous les troubles physiques, infections et autointoxications, qui affaiblissent l'organisme, créent plus particulièrement des états mélancoliques, et consécutivement font naître la tendance au suicide. Leur plus grande utilité est de fournir une indication précieuse pour le traitement de la psychose.

2° *Causes morales.* — Les revers de fortune, les chagrins domestiques, les ambitions déçues, les peines de cœur, la perspective d'une maladie incurable conduisent beaucoup de prédisposés à la folie et au suicide. Si certains mélancoliques exagèrent les chagrins qu'ils ont eu à supporter, les revers qu'ils ont subis; si, souvent aussi, ils s'imaginent à tort qu'ils sont ruinés, déshonorés, qu'ils ont perdu leur famille, etc., la plupart, au contraire, ont versé dans le découragement et le trouble mental par le fait de peines morales véritables. Leur mélancolie est légitime, mais devient morbide par son exagération, par l'inhibition qu'elle exerce sur les autres opérations intellectuelles, et par les actes suicides qu'elle entraîne trop fréquemment.

Obs. XII. — Un homme âgé de quarante-trois ans, sans tare héréditaire bien nette (un oncle paternel cependant aurait été original et vaguement hypocondriaque), est resté mélancolique pendant plus d'une année, à la suite de la perte de sa femme; il a pensé plusieurs fois au suicide, mais n'a pas fait de tentatives. Il s'est rétabli progressivement et sans internement. La plus grande partie de sa fortune était placée en actions du Panama. Lors de la débâcle de cette société, le malade s'est trouvé subitement dans une grande gêne, presque dans la misère. Aussitôt, second accès de mélancolie profonde avec anxiété et tentative de suicide; il se jette à l'eau, mais il en est retiré sain et sauf. Amené à l'asile, il se lamente continuellement, dit qu'il n'a plus rien, qu'il est inutile de vivre, cherche à se faire du mal. Cet état persiste pendant un mois; puis le malade contracte une pneumonie, et meurt.

OBS. XIII. — Femme âgée de trente-cinq ans. Il y a quatre ans, elle a vendu son magasin à des individus qui non seulement ne l'ont pas payée, mais ont emporté toutes les marchandises; la malade en a été très affectée. A Noël, dernièrement, pendant qu'elle était à la messe de minuit, des malfaiteurs se sont introduits dans son logement et lui ont volé 1.000 francs, somme représentant toutes ses économies. Accusé de désespoir, pense au suicide, essaie de lutter; mais cette idée la poursuit, devient obsédante, et, un soir, décidée à mettre fin à ses jours, elle sort pour aller se jeter dans la Saône; elle en est empêchée et conduite à l'asile où on constate un état mélancolique très accusé. La malade répond à peine : « Ma vie n'est utile à personne, j'en puis disposer à mon aise. »

20 mars. Elle manifeste toujours des idées de suicide et doit être surveillée de près; elle refuse parfois les aliments, espérant ainsi se ruiner la santé et mourir plus tôt.

15 avril. La malade a été pendant deux jours dans un violent désespoir; elle ne prend aucune nourriture, se cache dans les coins, demande à sortir pour aller se jeter à l'eau.

4 mai. Un peu améliorée; abandonne peu à peu ses idées de suicide, s'occupe dans la division.

OBS. XIV. — Femme de trente-sept ans, ayant une tante maternelle aliénée. Bonne santé habituelle. La maladie remonte au 22 juillet. A cette époque, la malade a été surprise par une voisine avec le mari de laquelle elle avait des rapports intimes. Très effrayée, elle a tenté de se suicider en se jetant sous un train. Puis elle s'est donné un coup de couteau au-dessous du sein droit. Cette malade a été conduite à l'hôpital, d'où elle a été transférée à l'asile par suite de ses idées délirantes. Actuellement, elle raconte que son mari lui en veut et lui fait mille misères depuis qu'elle l'a trompé. Se dit indigne de l'affection de sa famille, pleure et se désole. Quelques hallucinations : entend son mari qui lui reproche sa conduite, veut se laisser mourir de faim; — est alimentée pendant quelque temps à la sonde.

Les causes morales dépressives, dont l'influence est d'ailleurs prépondérante pour le suicide des gens sains d'esprit, exercent donc de même chez les aliénés une action provocatrice de premier ordre. Elles font naître de

préférence la mélancolie sous toutes ses formes, et il est à remarquer que, chez ces mélancoliques à étiologie morale, la tendance au suicide est bien plus fréquente et bien plus tenace que chez ceux qui n'ont pas eu de cause morale déterminante de leur trouble mental.

Dans toutes les autres variétés de folie (alcoolisme, dégénérescence, hystérie, épilepsie, etc., les causes morales créent souvent des épisodes mélancoliques avec tendance au suicide.

(*A suivre.*)

DU LANGAGE CHEZ LES IDIOTS

Par le D^r L. MAUPATÉ

Médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Bailleul.

*Mémoire récompensé par la Société médico-psychologique.
Prix Belhomme.*

Suite (1)

VI. — TROUBLES DE LA PAROLE LIÉS A DES TROUBLES DE LA FONCTION LANGAGE (DYSPHASIES)

Nous retrouverons chez l'idiot toutes les phases que parcourt chez l'enfant l'évolution de la parole.

Voici d'abord le passage du cri à la voix, chez un idiot de dix ans qui pousse des cris inarticulés en général ; pourtant, dans ses cris, on peut distinguer parfois : *ah! gagaa hé!* ; pas de trace de langage intentionnel. Mais ces cris, toujours inconscients et involontaires, traduisant seulement les mouvements associés du thorax, du larynx et de la bouche, sans aucun but, peuvent varier légèrement, en même temps que l'intelligence semble un peu moins endormie : un idiot de six ans, qui répond à l'appel de son nom, dit : *aha, ihi, eh, mm.* Chez une autre de dix ans, le progrès est un peu plus grand (*hem! houssin, oum!*), et les sons atteignent trois syllabes par répétition de la première (*agaga*). Bien plus complexe est le vocabulaire, toujours sans signifi-

(1) Voir les *Annales* de juillet-août et septembre-octobre 1901.

cation, de J... Dev... (*adeu, ouhou, aini, ahou, ada, ideu, ouhahouha, ayaya, hua, ousa, ododo, uhuhuhuhu, outin, agué*) ; on voit qu'il s'entend, rit, a du plaisir à balbutier ; en même temps apparaît la première tentative pour imiter un son (on crie *hum!* près de lui, et il répète dix ou quinze fois un *ha!* très fort et très guttural, son qui rappelle assez le cri qu'il veut imiter, pour que l'essai d'imitation soit flagrant) ; pour le langage, cet individu de douze ans est au-dessous d'un enfant de dix mois. C'est à cette « production inintentionnelle de sons articulés, isolés, par mouvements incoordonnés de la langue, et dus à une excitation involontaire des nerfs de cet organe » (Preyer), qu'on donne le nom de lallation ; c'est à tort qu'on parle du premier bégaiement du nourrisson ; le mot balbutiement conviendrait mieux, bien qu'encore impropre. Il est difficile de vérifier si les premières consonnes ont apparu dans l'ordre indiqué par Sikorki ; mais on constate que les voyelles existent avant les consonnes, et que les mots sont formés par la répétition des syllabes.

Montons d'un degré, nous avons le rabâchage d'un son bien plus complexe, mais encore dénué de sens : *exssététototutu*, dont la production est purement automatique ; et la reproduction inconsciente, air et paroles, d'une chanson (*T'as bu, bonhomme, t'es soulé*). Cette idiote ne peut répéter les mots les plus simples. Une autre, qui comprend quelques ordres élémentaires, rabâche également un mot forgé par elle (*tibitibince*), auquel elle n'attache pas de sens, et elle répète inconsciemment et automatiquement des mots grossiers dont elle ne peut comprendre le sens (*sale bête, cochon*, etc.), bien qu'on ne puisse lui faire répéter des sons bien moins compliqués.

Les exemples de la seconde période de la parole (imitation des sons entendus, sans leur attacher encore

de sens) sont donc rares ; mais ce que les ouvrages traitant du langage chez l'enfant ne disent pas, c'est que, la période suivante une fois arrivée (sons répétés, et auxquels un sens est attribué), les tentatives d'imitation de nouveaux sons dénués de sens persistent encore longtemps. Ces tentatives, souvent infructueuses, pour reproduire des sons déjà entendus, constituent le balbutiement. C'est, dit Kussmaul, un trouble de la formation littérale des sons ; la lallation est un balbutiement exagéré, incompréhensible et involontaire.

Le balbutiement persiste longtemps chez l'enfant, souvent même alors qu'il peut déjà construire quelques phrases ; c'est le trouble de la parole le plus répandu chez les idiots, et on le retrouve aussi bien chez celui qui peut reproduire trois ou quatre mots, et chez celui qui, pourvu d'un vocabulaire relativement étendu, sait former des phrases exposant ses idées. C'est lui qui rend si difficile l'étude de la parole chez l'idiot, car les sons qu'il émet sont souvent si vagues, qu'on pourrait transcrire chaque mot de huit ou dix façons différentes, se rapprochant toutes également de la réalité : comment, dans ces conditions, savoir si le verbe est à l'infinitif ou à l'impératif ? si le son vague (*e, eu, a, ai*), qui précède un mot, est un article défini ou indéfini, une vague ébauche de conjonction ou un simple son surajouté à une consonne difficile à prononcer ?

Le balbutiement est-il un trouble de l'intelligence, du langage, ou de l'articulation ? Les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point. Küssmaul et M. Ségla le décrivent avec les troubles d'articulation ; Preyer en fait un vice du langage, et le décrit après les aphasies. En réalité, c'est un trouble complexe ; et si les sons restent vagues, sans relief, mal articulés, balbutiés, c'est que le centre du langage a mal coordonné les mouvements du thorax, du larynx et de la bouche, pour former tel

son correspondant à telle idée. D'ailleurs Berkham a décrit chez les idiots, à côté du balbutiement verbal bien connu, un balbutiement écrit qui coïnciderait avec lui. Enfin, on peut encore se demander si les enfants qui balbutient entendent et perçoivent bien les sons qu'ils reproduisent si mal, et si le balbutiement ne serait pas en partie sous l'influence de troubles de réception. Le nombre des sons que peut produire la voix humaine est, en effet, très grand, et, entre deux sons voisins que nous employons, il y a tous les intermédiaires possibles, que d'autres personnes emploient peut-être. M. Condeveau, dans une communication à la Société d'Anthropologie (1875), a noté jusqu'à trente voyelles et un grand nombre de consonnes ; de ces sons, chaque langue ne conserve qu'un nombre restreint, et, parmi ceux qu'elle laisse de côté, plusieurs peuvent être adoptés par une langue voisine : quoi d'étonnant, alors, à ce qu'un enfant, au lieu d'un son, produise son voisin, intermédiaire entre deux sons couramment employés par nous ? Quoi de surprenant à ce que l'image représentative qu'il peut avoir du son soit un peu différente de celle qui devrait exister ? Si faible est la différence entre les positions qu'exigent dans les organes d'articulation deux sons voisins, qu'au lieu de chercher pourquoi l'enfant balbutie, on se demande comment les adultes peuvent articuler si juste ?

Placé dans les mêmes conditions que l'enfant, l'idiot éprouve les mêmes difficultés, et produit également des sons manquant de netteté. Ainsi, quand une petite idiote nous dit : « Bonjour, monsieur le docteur », le mot docteur, par exemple, est intermédiaire, comme prononciation, entre *toto*, *toteu*, *teuteu*, *teuto*, *dodo*, *dodeu*, *deudeu*, *deudo*, *doto*, *doteu*, *deuteu*, *deuto*, *todo*, *todeu*, *teudeu*, *teudo*, *totto*, *totteu*, etc. ; *ttoto*, *ttotteu*, etc., et le même mot n'est pas, plusieurs fois de suite, prononcé de la

même façon ; on voit donc la difficulté qu'on rencontre à comprendre le balbutiement, et surtout à le reproduire, puisqu'il s'agit de sons manquant d'expression écrite dans notre langue. Ajoutons qu'au balbutiement se joint un trouble très voisin, comme résultat, bien que plus nettement sous l'influence de l'articulation, la mogilalie, que nous étudierons ultérieurement.

Revenons au développement du langage. A ce point de vue, certains idiots sont au niveau de l'enfant qui, balbutiant quelques mots, commence à leur attribuer un sens en rapport avec ses idées ; de ceux-là on peut dire réellement qu'ils parlent ; mais l'étendue de leur vocabulaire varie suivant leur degré de développement intellectuel, et aussi suivant les efforts de leurs éducateurs.

Preyer dit qu'on regarde à tort les substantifs comme les premiers mots prononcés intentionnellement par l'enfant (en leur attribuant un sens), et que, chez son fils, le premier mot proféré dans ces circonstances fut un adjectif. Il nous a semblé que *bonjour* est souvent des premiers prononcés ; mais cela tient aux éducateurs. On trouve également *apapa*, *mama*, qu'il émet d'abord spontanément parce que ce sont les mots les plus faciles à articuler, et auxquels les gens qui l'entourent finissent par lui faire attribuer un sens précis (ces mots existent sans grande modification dans la plupart des langues pour désigner le père et la mère, et, plus généralement, les hommes et les femmes). Cependant, d'après nos observations, ce sont les substantifs qui sont le plus employés par l'idiot : on comprend, d'ailleurs, qu'avant de désigner les divers états d'être des objets qui l'entourent, il éprouve, comme tout le monde, le besoin de fixer par des mots la notion des objets concrets. C'est ainsi que les parties du corps (*tête, œil, nez, bouche, oreilles, dents, bras, main, doigt, jambe,*

pied); — les mets (*soupe, viande, sel, pain, tartine, bière, moutarde, ratatouille*); — les ustensiles de ménage, et surtout ceux qui ont trait à la cuisine (*table, chaise, assiette, cuiller, etc.*); — les vêtements (*calotte, habit, galoché, etc.*), — sont parfois connus par leur nom. (*Tartine* est un des premiers mots qu'emploie l'enfant dans le Nord; certains le prononcent même avant *papa* et *maman*, ou s'en servent pour désigner tous les aliments.) Des idiots d'un développement intellectuel un peu supérieur sauront distinguer entre les différentes espèces de viandes, entre les habits. Les noms propres des personnes de l'entourage sont également assez bien retenus, ainsi que les désignations du personnel (directeur, docteur, gardien). Pas de noms abstraits.

Rares sont les adjectifs chez les idiots qui ne sont pas très développés (ces derniers emploient seulement *bon, beau, vilain, grand, petit, neuf*). Il faut avouer aussi que, certains idiots parlant peu spontanément, il est difficile de connaître s'ils emploient des adjectifs : demandez-leur si un objet est grand ou petit, beau ou laid, ils répondront également oui aux deux questions. Il nous faudra voir beaucoup d'idiots connaissant les objets usuels avant d'en rencontrer un qui, spontanément, les qualifie. Ad. D..., onze ans, dit *un sarreau neuf* en désignant un de ses vêtements; Mar. R... dit qu'elle a cousu pendant la journée *un sarreau plissé*. A mesure que l'intelligence et le langage sont plus développés, nous voyons les adjectifs plus nombreux, et Maurice, cinquante-cinq ans, désigne les deux internes par des qualificatifs (*gros médecin, médecin noir*), ce qui dénote de sa part un certain degré d'attention. Si les autres idiots, placés plus bas dans l'échelle, n'emploient guère les adjectifs, c'est que l'attention leur manque; s'ils peuvent reconnaître les objets dont ils se servent journellement, ils n'éprouvent aucun besoin de désigner

leurs qualités, qu'ils ne remarquent pas. Plus rares sont les adjectifs exprimant des qualités morales, que l'idiot n'observe pas (le mot *bon* désigne plutôt, chez eux comme chez les enfants, une qualité physique en rapport avec le sens du goût); pourtant Geo. W..., refusant une friandise, dit : « *Suis honteuse* », ce qui dénote un certain sentiment du devoir. Les adjectifs désignant des abstractions manquent aussi. M. Sollier estime que, de toutes les formes, les idiots reconnaissent mieux le rond et le carré; nous croyons que même les qualificatifs désignant ces formes sont peu employés : des idiots qui racontent à peu près bien l'emploi de leur journée ne peuvent dire si un couvercle est carré, rond ou pointu. Les adjectifs désignant les couleurs nous ont paru employés à tort et à travers par beaucoup d'arriérés, même capables de construire de courtes phrases; et, comme l'indique M. Sollier, c'est le rouge qui est le mieux reconnu; c'est également rouges qu'ils trouvent les objets quand ils se trompent; nous avons pourtant trois malades qui, moins inintelligents, reconnaissent bien les couleurs.

Les autres sortes d'adjectifs sont rarement employées. Eug. H..., quarante-cinq ans, dit bien « *veux aller voir ma sœur* », mais il dit aussi « *les lapins de mi* », (de moi), et un autre dit aussi « *le pantalon à vous* », formule qu'on rencontre aussi chez l'enfant.

L'article défini, presque inutile, est souvent supprimé, surtout chez ceux qui ne connaissent que les objets usuels; on ne le trouve guère chez plusieurs individus pourtant capables de langage spontané ou de courtes phrases; chez Eug. H..., il est tantôt employé (*bottine à mettre les pieds; les moustaches; la soupe*), tantôt supprimé (*cuiller pour mettre soupe*). L'article indéfini *un* est moins rare, bien que manquant chez ceux dont le vocabulaire est pauvre. Comme chez les enfants, la

notion du genre est rare; l'adjectif et l'article sont d'habitude au masculin, ou, plus exactement, au neutre.

Quant à la notion du nombre, elle est fort limitée. W. Ireland avait déjà noté cette absence à peu près totale de la faculté arithmétique chez les idiots, qui, pourtant, ont parfois une aptitude très curieuse pour la mesure musicale. De son côté, M. Sollier note que « les plus intelligents arrivent difficilement à compter jusqu'où arrivent les enfants de dix ans; et encore, si on les trouble au milieu de leur numération, en leur faisant sauter quelques nombres, ils ne sont plus capables de continuer; tel idiot qui ne sait pas compter sait le faire sur ses doigts ou avec des boules; il en est de même pour les opérations les plus simples, addition et soustraction, qu'ils ne sauraient faire au tableau, encore moins de tête : ils ne comptent que des quantités concrètes ». Ce sont précisément les résultats auxquels nous étions arrivés.

Beaucoup d'idiots ayant un vocabulaire assez étendu n'ont aucune notion des nombres. Dés... Ev... compte jusqu'à 3, puis continue *ta, ta, ta*. Souvent l'idiot éduqué peut citer par cœur la liste des nombres jusqu'à 10, 30 ou 50, par exemple, et se trompe au delà, passant de 30 à 41 ou recommençant à 11, plusieurs fois de suite; c'est une simple suite de sons qu'il répète, sans y attacher d'idées; mais montrez-lui 3 crayons, 5 clefs ou 6 doigts, il répondra au hasard 4, 2 ou un chiffre quelconque; il sait rarement compter sur ses doigts; à plus forte raison ne peut-il additionner, soustraire, ni surtout multiplier ou diviser. Geo... W... reconnaît bien 1 crayon, 2 clefs, 2 doigts; mais elle désigne sous le terme 2 tout ce qui est plus de 1. René D..., microcéphale de quarante ans, sait compter jusqu'à 3, ce chiffre désignant tout ce qui est plus de 2. Pier..., le plus développé de nos idiots, sait un peu

compter, connaît la date, l'époque de son entrée à l'asile, et la localise même après la guerre de 1870; et pourtant, bien que sachant l'âge qu'il avait alors, il reconstitue mal son âge actuel et la durée de son séjour dans la maison : preuve qu'il ne sait, comme dit M. Sollier, employer à propos les opérations arithmétiques. Cependant les idiots, quoique incapables de calculer, savent souvent apprécier les dimensions, la distance de deux points, même sans le secours de la vue. Une aveugle ne parlant et ne comptant pas sait néanmoins, sans tâter les murs, se rendre seule à son lit, bien qu'il lui faille passer par deux ou trois portes, faire des détours, etc. ; combien d'entre nous, même très exercés, seraient incapables d'en faire autant dans l'obscurité, sans se heurter à des obstacles ou sans compter des points de repère!

Les adjectifs numéraux ordinaux sont encore moins employés que les cardinaux ; nous ne les avons jamais rencontrés.

De tous les pronoms, ce sont les personnels qui sont le moins omis, et encore sont-ils rares ; leur présence correspond à un degré relativement avancé de l'intelligence, degré supérieur à celui que caractérise l'emploi des substantifs et des verbes. Les auteurs notent que les petits enfants n'emploient pas le pronom, le remplaçant par le nom propre de la personne, sans distinguer celui qui parle, celui à qui on parle, et celui dont on parle. Nous n'avons pas noté cette particularité chez l'idiot, mais nous la croyons possible. Nous tendons un crayon à Jos... P..., en lui disant : « Pour qui ? » Il nous montre du doigt, sans rien dire. Quelques idiots emploient le verbe sans sujet exprimé (comme le faisait jadis le latin, comme le fait encore l'italien) : ainsi Ad... De... dit : « *Me suis habillé, ai mis mes galoches, me suis promené* » ; ici, on le voit, absence du pronom sujet, présence du pronom attribut. Rares, en effet, sont les

idiots qui emploient les pronoms *je, tu, il, elle, ils, elles*; même comme sujet; ils préfèrent *moi, toi, soi, me, te, se, eux, leur*, qui représentent le datif et l'accusatif; ils disent : « *Moi, veux aller voir ma sœur; fais tout, moi* », ou « *C'est vous il a fait ça.* » Nous en avons pourtant quatre employant assez bien ces pronoms sujets.

Le pronom démonstratif *ça* est très employé pour désigner la chose présente dont le nom est inconnu; les autres sont inusités. Pas de pronoms possessifs : c'est si simple de dire *le pantalon à moi* (au lieu de *le mien*). Pas de pronoms conjonctifs : toutes les phrases des idiots sont trop courtes (sujet, verbe, attribut), et sans incidentes. Pas de pronoms interrogatifs : les idiots ignorent la façon d'interroger, et ceux mêmes qui, très rares, désirent vaguement questionner, disent par exemple : « *C'est vous il a fait ça?* » ou « *Tu ris, dis?* ». Les idiots n'emploient ni adjectifs ni pronoms indéfinis; contrairement aux autres mots déjà vus, qu'ils comprennent, mais ne peuvent employer, ils ne les comprennent même pas; seul, peut-être, Pier... dira *tout le monde, personne, rien*.

Les verbes sont les mots dont l'acquisition suit, chez l'idiot, celle du nom : il faut connaître les personnes ou les choses avant de savoir ce qu'elles sont ou font; certains idiots emploient quelques noms ou adjectifs, sans verbes. M. Perez note l'absence du verbe *être* dans les premières petites phrases que fait l'enfant, par apposition d'un nom, d'un pronom ou d'un attribut : nous pouvons affirmer, au contraire, que, chez tous nos idiots, l'emploi du pronom est postérieur à celui du verbe. Le verbe *être* est le premier employé (*est bon, est chaud*). Comme pour les substantifs, ce sont les verbes désignant des actes journaliers qui sont employés; nous relevons les verbes *écrire, laver, faire, avoir, manger, pisser, jouer, rire, finir, apporter, aller, partir, promener*.

Les adverbes les plus courants chez nos malades sont *après, ensuite, et puis, ici, là, bien* (qui représente un superlatif, et non une qualité); on ne les voit que chez des idiots capables de construire de petites phrases. *Hier et demain*, adverbes de temps, sont bien postérieurs, et employés souvent à tort et à travers; *comme* est très rare. Les adverbes de manière manquent et sont remplacés par des adjectifs.

Parmi les prépositions, *a et de* sont les plus employées, remplaçant les adjectifs et pronoms possessifs (*les lapins de moi; le pantalon à vous*). Des mots comme *chez, avec, dans, sur* indiquent une intelligence plus développée et capable d'avoir les notions de lieu, de distance, de but (*aller chez vous; casquette se met sur tête; assiette pour manger soupe*). En somme, les prépositions ne sont pas rares chez les idiots dès qu'ils sont capables d'assembler trois mots, car elles indiquent comme les verbes, mais à un titre différent, les rapports des personnes et des choses.

Quant aux conjonctions, nous n'en avons pas trouvé trace (sauf *et puis*). La grande majorité des idiots n'arrivent pas à former des phrases de quatre ou cinq mots; comment pourraient-ils en former de plusieurs lignes avec des incidentes? Ils ne saisissent pas les rapports unissant plusieurs faits, et leurs histoires ne sont que des énumérations, des successions de petites phrases liées tout au plus par *et puis*. Écoutons Marie R., raconter l'emploi de sa journée : « *A fait dans pot, oui; de tous les autres laver pots; après s'est lavé tout sans savon, avait pas savon; oui, serviette; après avait mangé café, après ça mangé pain.* » L'enfant, à une certaine période, ne parle pas autrement.

C'est par des interjections que commence le langage des enfants, et certaines interjections ne sont que la reproduction des premiers sons que l'enfant émet in-

consciemment; inutile de dire que les idiots les emploient beaucoup, et que, *bonjour, bonsoir, merci, pardon* sont les premiers mots qu'ils prononcent. Quels termes conviendraient mieux à leur cerveau rudimentaire et simpliste que ceux qui traduisent d'un seul mot un sentiment ou une émotion? Le propre de l'interjection est précisément d'être du langage émotionnel, et d'échapper souvent même à la volonté. Quand un idiot fait *ah!* de plaisir, est-ce toujours intentionnellement? n'est-ce jamais du langage naturel?

A côté de l'étude des mots (grammaire), il nous faut placer celle de leurs modifications et dispositions dans le discours (syntaxe).

Nous avons vu que la notion du genre, illogique quand elle ne s'applique pas à des êtres sexués (et l'enfant ne peut connaître cette différence des sexes, l'idiot ne l'a guère), manque chez l'idiot, sauf s'il est très éduicable. La notion de nombre également : presque tous les idiots tutoient, et ils sont logiques ; 4 ou 5 seulement, sur 60, ne tutoient pas ; Geo... W... dit : « *T'es malade, vous ?* »

C'est la conjugaison qui est la plus délicate des flexions ; aussi les idiots la suppriment-ils en général, laissant les verbes invariables. On lit dans les classiques que les enfants, quand ils commencent à employer les verbes, les mettent tous à l'infinitif ; c'est peut-être exagéré, du moins chez l'idiot (et nous croyons qu'il en est de même chez l'enfant intelligent) ; l'idiot, il est vrai, à un certain degré de langage, laisse tous les verbes invariables, mais à un temps et à un mode indéfinissables, qui sont aussi près du participe passé, de l'indicatif (présent ou imparfait), que de l'infinitif ; on, plutôt, le verbe est employé sous la forme sous laquelle l'idiot (ou l'enfant) l'entend le plus souvent employer ; d'ailleurs, avec la suppression des consonnes à la fin des

mots, très fréquente chez lui, comment savoir si *rend*, *fait*, est un indicatif, un participe ou un infinitif dont la dernière syllabe manque? Voyez plutôt dans le langage de Marie R..., que nous reproduisons, cette fois, tel qu'il était prononcé, sans supprimer les troubles d'articulation : « *A fait pot, oui ; tous ces au lavé pot ; après safé tout sans safon, avé pas safo, oui cé cévé ; après safé mangé du tafé ; après sa mangé pain.* » (La traduction est deux pages plus haut.)

Le conditionnel et le subjonctif, ordonnés par des propositions incidentes, n'existent pas, puisque l'idiot n'emploie pas d'incidentes ; ils manquent même chez ceux qui utilisent les autres modes et temps (quand ils disent : *je voudrais*, ce n'est pas un conditionnel, mais une forme atténuée de *je veux*). L'impératif est assez rare, et remplacé quelquefois par l'infinitif ; pourtant Jos... J..., très éduicable, parlant d'un crayon tombé, dit tantôt : « *Ramasse-le* », et tantôt : « *Le ramasser* ». Le futur n'existe guère ; il est remplacé chez les moins inintelligents par le verbe *aller* suivi d'un infinitif (par exemple, « *Tu vas partir ; — tu vas brûler tes mains ; — je vais coucher* »). Parmi ceux qui emploient les verbes on peut trouver la gradation suivante : d'abord quelques verbes à un temps et un mode indéterminés ; puis l'infinitif ; ensuite l'indicatif et le participe passé (employé surtout comme passé indéfini, sans auxiliaire) ; rarement l'imparfait, l'impératif et le passé défini ; très peu le futur (remplacé par une tournure spéciale), et le participe présent ; jamais le conditionnel et le subjonctif. Pour chaque temps, ce qui prévaut, c'est la troisième personne du singulier, employée généralement sans pronom ; Eug... H..., dit même : « *Moi veut aller voir M^r ; moi n'est pas là* » ; il emploie même quelquefois deux pronoms (*moi, il se cache ; moi, il chante à messe*) ; toutes ces tournures se retrouvent chez l'enfant. Ce que

nous ne rencontrons guère ici, par contre, c'est le cas de celui qui parle de lui-même à la troisième personne, sans qu'un autre pronom placé auparavant l'indique.

Il y aurait fort à dire sur la façon d'éluder les verbes réfléchis, sur la fréquence des verbes neutres, etc.; Geo... W... dit : « *Je s'habille.* » (Il est vrai que cette tournure est assez employée dans la classe ouvrière du pays, où on dit : « *C'est vous qui se trompez* », ou « *C'est vous qui se trompe* ».)

La construction grammaticale est toujours simple (sujet, verbe, attribut, sans incidentes). L'attribut ne sera pas placé avant le verbe, même quand c'est la tournure usuelle : ainsi Geo... W... dit : « *Tu vas brûler tes mains* », et non : « *Tu vas te brûler les mains* » ; il est rare d'entendre un idiot dire : « *Je l'ai fait* » (il dira : *j'ai fait ça*, et sera logique) ; par exception, un jeune malade, parlant d'un livre tombé, disait : *le ramasser*. C'est cette difficulté d'introduire des inversions dans la phrase qui cause en partie l'absence de l'interrogation chez ces arriérés ; les tournures interrogatives sont un peu compliquées et exigent un certain développement intellectuel : aussi apparaissent-elles tard chez l'enfant.

Il nous reste à étudier un trouble frappant essentiellement le langage articulé (l'aphasie), et quelques maladies de la parole, à cheval sur les dysphasies et les dyslogies.

On comprend que l'aphasie puisse se rencontrer chez l'idiot d'autant plus facilement que l'idiotie est due à une affection organique du cerveau : un de nos malades a été atteint il y a huit mois d'hémiplégie (étant déjà idiot) ; une lésion analogue à celle qui a produit l'hémiplégie pouvait frapper la troisième circonvolution frontale gauche. On sait, d'autre part, que M. Sollier assimile l'idiot à un individu atteint congénitalement d'aphasie motrice et de surdité verbale ; mais ce n'est

pas de ces cas que nous voulons parler. Chez un idiot on pourrait appeler aphasie congénitale l'impossibilité plus ou moins complète d'exprimer sa pensée par des mots, alors qu'il comprend assez bien ce qu'on lui dit, et l'exprime dans un autre langage (1) ; c'est certainement une affection assez rare et peu décrite. Wildermuth relate bien un cas d'aphasie motrice congénitale, mais chez un débile qui n'a jamais pu prononcer que *eu*, avec toutes les modulations traduisant le sentiment ; nous manquons de renseignements sur l'état mental du sujet, ainsi que sur les autres formes du langage. Shaw a bien publié la relation d'un cas de paralysie et aphasie congénitales chez l'idiot ; mais le point de vue anatomo-pathologique semble l'avoir surtout préoccupé, et, d'après la courte note clinique qu'il y joint, on peut croire à un cas de simple mutisme idiotique par intelligence. Dans notre cas, le malade sait montrer au commandement tous les objets usuels, a les notions de forme et de chaleur (comme on le voit en lui disant de montrer l'objet le plus froid, celui qui est carré, etc) ; il peut exprimer quelques chiffres avec ses doigts ; en somme, l'intelligence est, chez lui, aussi développée qu'elle peut l'être chez un idiot (pourtant ce n'est pas une intelligence normale que le mutisme fait paraître moins élevée) ; il ne présente ni surdité sensorielle ou verbale, ni cécité sensorielle ; il ne sait dire que *oui*, *non*, *papa*, *maman*, en pleurant, et si on lui demande s'il connaît le nom de tel objet, il répond oui ; on lui demande s'il peut le dire, il répond non ; il n'a jamais mieux parlé,

(1) Aug. Boyer estime que ce mutisme de naissance n'est pas de l'aphasie motrice, car il résulte de l'absence (et non de la perte) des images motrices, de l'ignorance (et non de l'oubli) des mouvements d'articulation. Au fond, ce n'est qu'une question de mots, et la qualification de congénitale, ajoutée au mot aphasie, en modifie le sens assez pour qu'il n'y ait pas d'erreur.

au dire des parents, et nous n'avons pu relever la cause de cette aphasie (qui remonte sans doute aux premiers mois de la vie). Normalement l'enfant passe également par une phase dans laquelle il connaît à leur nom un certain nombre d'objets usuels, mais ne peut encore prononcer ce nom ; il semble donc avoir une aphasie motrice transitoire, et l'idiot pourrait s'arrêter à cette période. Mais ce qui différencie ces cas du nôtre, c'est que notre malade, à côté des quatre mots qu'il prononce, ne balbutie pas, n'émet pas d'autres sons, comme l'enfant qui possède quatre mots auxquels il attribue un sens, et qui, en même temps, profère beaucoup d'autres sons plus ou moins articulés ; c'est aussi qu'il a des notions (chaleur, forme, calcul) qui manqueraient longtemps encore à l'enfant ou l'idiot ne possédant que quatre mots.

Nous n'avons pas observé de cas de paraphasie proprement dite : deux malades appellent *orange* une figue, *glace* une lampe, et *cuiller* une chaise ; mais il s'agit simplement d'objets dont ils ne connaissent qu'imparfaitement le nom. L'erreur est encore plus excusable quand les objets confondus ont de grands rapports : des arriérés appellent *crayon* un porte-plume, *livre* un cahier et *calotte* un chapeau. Ce qui peut encore faciliter la confusion, c'est le cas de mots ayant une désinence commune (un idiot appelait *sucrier* l'encrier) ; Preyer appelle ce trouble skoliophasie. Enfin, par suite d'assonances, un autre disait *moutar* pour signifier aussi bien moustaches que moutarde, et *assié* pour *casquette* comme pour *assiette* ; un dernier faisait involontairement des calembours, disant *seize ans* pour *saison*, et *le nez* après avoir entendu *où es-tu né* et continuant à parler sur ces mots mal compris.

Comme l'enfant, l'idiot embarrassé pour désigner un objet emploie une périphrase : l'un appelle un crayon

pour faire lettres ; un autre désigne ses deux maîtres par la couleur des cheveux et la corpulence ; un dernier fait suivre le nom de chaque objet de quatre ou cinq mots d'explication, pour éviter de confondre des mots qu'il prononce de même, par exemple assiette (*assié à mädé sou*) et casquette (*assié à mét su tête*). Paul Du... va plus loin et remplace le nom d'un objet par un autre ayant avec lui des rapports de cause à effet ; il dit *pomme* en voyant un sou (pour acheter une pomme) ; *écrire*, en voyant un crayon ; *sou*, en apercevant un porte-monnaie. Un autre, pensant à ses propres vêtements, nomme *coutil* ou *velours* des vêtements de drap. Inversement, Me... appelle *jambon* toute viande de porc, et, par extension, l'animal lui-même (*le jambon il est mort*), prenant le tout pour la partie : il y a des pays où, pareillement, on appelle lard un porc, même vivant.

L'écholalie est fréquente chez l'idiot comme chez l'enfant, et c'est en s'essayant à répéter ce qu'il vient d'entendre dire que ce dernier arrive à posséder des mots nouveaux ; mais là où elle mérite d'être signalée, c'est quand elle est réflexe et s'étend à tout ce que l'individu entend dire (1). Nous en avons plusieurs exemples ; en voici un : D. « Comment t'appelles-tu ? » — R. « *Ta pu tu, oui.* » — D. « Ton nom. » — « *Ton nom, oui.* » — D. « Comment ? » — R. « *Comment ?* » — D. « T'appelles-tu Marthe ? » — R. « *Ma, ça pu, oui.* » — D. « Quel âge as-tu ? » — R. « *As-tu, oui.* »

Dans l'exemple précédent il y a, en plus, de l'embolalie réflexe (mot surajouté ou cours de la phrase, automatiquement) ; elle ne doit pas être confondue avec l'embolalie volontaire, formée par l'emploi de termes

(1) Il faut éviter de la confondre avec l'écholalie volontaire, chez ceux qui veulent faire voir qu'ils ont bien entendu, et avec l'écholalie impulsive et consciente, stigmata de dégénérescence.

qu'on croit à tort capables de rendre le discours plus élégant ou de conjurer un sort. Deux autres malades disent aussi oui à la fin des phrases, et l'un d'eux *tu ris* à propos de tout : est-ce une remarque niaise ou une forme d'impulsion verbale ? On pourrait alors l'expliquer par une excitation du centre du langage qui fonctionne encore quand la phrase est finie et répète un mot inutile, et se traduit parfois par des crises d'onomatomanie impulsive (voir à la fin du chapitre précédent les observations d'Em... Tr... et d'An... S...).

Rappelons en terminant le cas de coprolalie de cette aveugle qui balbutie, rabâche des sons informes, ne peut répéter même des monosyllabes, mais, la nuit, profère assez distinctement des mots orduriers, d'une articulation relativement complexe, qu'elle ne comprend pas, et que personne, autour d'elle, ne prononce.

(A suivre.)

Législation

—

DE LA PROTECTION

DE LA

FORTUNE DES MALADES

DANS LES

ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

CE QU'ELLE EST — CE QU'ELLE DOIT ÊTRE

Par le Dr Samuel GARNIER

Directeur médecin en chef de l'asile de Dijon.

*Mémoire couronné par la Société médico-psychologique
(Prix Semelaigne).*

INTRODUCTION

Il est malheureusement vrai que la protection des biens des aliénés internés est actuellement loin d'être absolument garantie par nos lois, si bien que cette lacune regrettable se trouve être une des raisons pour lesquelles l'idée de séquestration arbitraire fait parfois si facilement son chemin dans l'opinion publique. Et en effet, l'internement dépouillant le malade de l'administration de sa fortune, on devait fatalement arriver à penser que la mainmise sur ses biens était, dans certains cas, l'objectif de sa séquestration et, par conséquent, sa seule raison d'être.

Cette croyance se comprend d'autant mieux d'ailleurs que le législateur n'a pas eu la précaution de rendre le système de l'administration provisoire légale applicable

aux biens des aliénés admis dans les établissements privés, dont la clientèle est surtout recrutée dans les milieux fortunés. Pour ces malades, en dehors de l'interdiction ou de l'administration provisoire judiciaire, qui exigent des formalités de procédure toujours plus ou moins longues avant de fonctionner à leur profit, il s'écoule nécessairement une période pendant laquelle ils sont sans défense effective, en face des entreprises qui peuvent être dirigées contre leurs intérêts matériels, et celles-ci pourront être d'autant plus âpres que la proie sera plus riche. Bien plus, l'interdiction et l'administration provisoire judiciaire actuelle sont-elles par elles-mêmes des obstacles invincibles à la dilapidation de l'avoir des aliénés? Il n'est pas téméraire de penser le contraire, surtout si l'on réfléchit que l'aliéné interdit ou pourvu d'un administrateur provisoire diffère essentiellement du mineur ordinaire, qui peut toujours exercer, à un moment donné, un contrôle plus ou moins sérieux sur les actes de son tuteur, tandis que l'aliéné interdit en est radicalement incapable de par son état.

Dans les établissements publics, où, dès l'entrée du malade non interdit, fonctionne un administrateur légal de ses biens, celui-ci pourra opposer une barrière plus ou moins résistante aux empiètements d'une cupidité avide dirigée contre la fortune de l'interné; mais ses pouvoirs cesseront dès qu'un administrateur judiciaire sera désigné par le tribunal parmi les héritiers présomptifs. Cet administrateur judiciaire aura-t-il toujours pour règle de conduite de faire fléchir son intérêt devant celui de son client? Il est bien permis d'en douter, en présence d'exemples du contraire, et j'approuve fort le directeur-médecin de l'asile d'Evreux, qui, dans l'enquête administrative de 1869 sur le régime des aliénés, terminait l'exposé de ses réflexions en disant : « Il y a quelque chose de plus triste que la folie, ce sont les

conflits d'intérêts qui s'agitent autour des aliénés. » Dans ces conflits, il est inévitable que le malade doive en sortir toujours vaincu, et l'intérêt de tous à le dépouiller par anticipation solidarise la complicité de leurs efforts communs à cet égard.

J'ai l'intention dans ce travail d'indiquer quelles étaient les mesures législatives protectrices de la fortune des aliénés antérieurement à la loi de 1838, puis d'entrer dans les détails juridiques organisés par celles-ci, pour arriver à une meilleure protection. Tout en rendant hommage au caractère de la loi qui nous régit encore, en ce qui concerne l'administration des biens des aliénés, je ferai ressortir les lacunes de cette législation.

Après avoir jeté un rapide coup d'œil sur quelques lois étrangères en matière de protection des biens des malades, j'étudierai les dispositions, en ce qui concerne les biens, du projet de loi sur le régime des aliénés, en recherchant s'il donne toute satisfaction dans le sens d'une protection efficace de la fortune des malades dans les maisons d'aliénés ; enfin, je montrerai comment on pourrait arriver à une protection réelle, en amendant encore le projet Dubief.

Pour clore ce travail, je rapporterai des exemples où l'avoir d'aliénés internés a été compromis par des parents ou des étrangers, ou des mandataires quand ils étaient protégés seulement par l'administrateur légal, ou par des tuteurs quand ils étaient interdits.

CHAPITRE PREMIER

DE LA PROTECTION DES BIENS DES ALIÉNÉS INTERNÉS AVANT ET APRÈS LA LOI DE 1838. EXAMEN DES MESURES ÉDICTÉES PAR CETTE DERNIÈRE.

Jusqu'à la promulgation du Code civil, bien que les lois des 16 et 27 mars 1790, des 16 et 24 août 1790, des

19 et 22 juillet 1791 et du 29 vendémiaire an IX eussent légiféré plus ou moins incidemment sur les aliénés, on peut bien dire que la question de la protection de leur patrimoine avait été absolument laissée de côté et que les mesures à prendre pour le sauvegarder étaient abandonnées, sans réglementation, à l'initiative de leurs proches. Lorsqu'un individu aliéné devenait incommode, difficile ou dangereux, il était permis de le placer à titre provisoire dans un dépôt de sûreté où il attendait qu'il fût statué par le tribunal sur son état de démente; c'est alors seulement que l'internement devenait légal. Cette pratique, passée dans la jurisprudence, explique facilement comment le Code civil, dans son Titre de l'interdiction promulgué le 8 avril 1803, fut naturellement entraîné à l'assimilation de l'aliéné au mineur. Préoccupé à la fois des intérêts pécuniaires des fous et de ceux de leur famille, le législateur ne pouvait trouver autre chose que l'interdiction comme mesure de protection des biens des uns et des autres. D'après l'article 489, l'interdiction était obligatoire pour le majeur se trouvant dans un état habituel d'imbécillité, de démente et de fureur, et, d'après l'article 490, tout parent, l'époux ou l'épouse, pouvaient être demandeurs à l'interdiction, et enfin, d'après l'article 496, dans le cas de fureur et en l'absence d'une demande faite par les personnes désignées à l'art. 490, le procureur devait poursuivre l'interdiction du furieux. Si l'individu en état de démente ou d'imbécillité n'avait ni époux, ni épouse, ni parents connus, le procureur pouvait encore intervenir pour faire prononcer l'interdiction.

Bien que le Code civil ne parle, au Titre de l'interdiction, que du majeur, il n'est point douteux que le mineur émancipé et le mineur puissent être également interdits, s'ils tombent dans un état habituel de fureur, de démente ou d'imbécillité. D'abord par le fait de la

demande en interdiction et après le premier interrogatoire prescrit par l'art. 496 du Code civil, il était commis, s'il y avait lieu, par le tribunal, un administrateur provisoire chargé de prendre soin de la personne (art. 497) et des biens du futur interdit. Une fois l'interdiction prononcée judiciairement, la situation juridique de l'individu se trouvait modifiée et descendait même au-dessous de celle du mineur, à qui il n'était pas défendu de se marier, et de faire son testament. L'interdit devenait donc incapable de se marier, de tester, et l'administration de ses biens passait tout entière entre les mains d'un tuteur assisté d'un subrogé-tuteur. Nous reviendrons sur ce point quand nous étudierons l'interdiction dans ses détails.

Indépendamment de la position d'interdit applicable aux individus atteints de démence, de fureur ou d'imbécillité, le Code civil créait une position juridique nouvelle, sorte de demi-interdiction, dont pouvait bénéficier celui dont l'état ne paraissait pas devoir comporter l'interdiction complète, position qui était surtout destinée à protéger les biens. En rejetant la demande en interdiction, le tribunal, en effet, pouvait néanmoins, en vertu de l'art. 499, si les circonstances l'exigeaient, ordonner que le défendeur ne pourrait désormais plaider, transiger, emprunter, recevoir un capital mobilier ni en donner décharge, sans l'assistance d'un conseil nommé par le même jugement. Cette adjonction nécessaire d'un conseil judiciaire pour la validité de certains actes était surtout applicable aux prodigues; mais il est certain que les cas d'imbécillité pouvaient en bénéficier. Malgré le silence de la loi, on pouvait même demander d'emblée cette demi-interdiction; mais je ne l'ai jamais vu, tandis que j'ai vu une femme imbécile n'être pourvue que d'un conseil judiciaire, au lieu d'être interdite comme on le demandait en faisant opposition à son mariage (art. 174 C. civ.), et

par conséquent rester encore capable de contracter mariage, comme elle le désirait.

Ainsi donc le Code civil organisait, après une procédure fixée par lui, une sorte de protection de la fortune des individus qui, privés de leur raison, étaient incapables de la gérer, en déclarant ceux-ci inhabiles à faire aucun acte civil, sinon par l'intermédiaire de leur tuteur. Cet état appelé interdiction ne s'appliquait malheureusement qu'aux seuls individus possesseurs d'une certaine fortune, et pour l'obtenir la procédure était, en outre, longue, dispendieuse, et, chose plus grave encore, ce n'est qu'après l'interdiction que le tuteur pouvait placer son pupille aliéné dans un établissement d'aliénés, de sorte que pour l'aliéné indigent ou assez peu fortuné pour que son avoir ne comportât point les frais de cette interdiction, il ne pouvait ni être soigné quant à sa personne, ni être protégé quant à ses biens.

Cette situation devait durer longtemps encore, malgré ses graves inconvénients de toute nature. Après des tâtonnements inévitables et de nombreux efforts successifs pour améliorer le sort des aliénés, il devint évident qu'une loi sur la matière était indispensable, et celle du 30 juin 1838 fut, en effet, un très grand progrès. Elle devait prévenir les demandes d'interdiction, en permettant de soumettre l'aliéné à l'isolement, sans que celle-ci fût obtenue. Il avait fini par s'établir, avant la loi de 1838, un état de choses irrégulier d'après lequel, pour les pauvres placés dans les établissements publics, l'administration des hospices de Paris faisait « dresser un état sommaire de leur chétif mobilier qu'elle conservait dans ses magasins pendant un temps déterminé », soumettant ensuite au président du tribunal de la Seine une autorisation de le faire vendre en employant le ministère d'un commissaire-priseur ; elle parvenait ainsi à exercer envers eux une sorte de tutelle offrant quelque ressem-

blance avec celle qui lui était dévolue pour les orphelins par la loi du 15 pluviôse an XIII ; mais il n'y avait aucun moyen légal de gérer les biens des personnes séquestrées en dehors des règles tracées pour l'interdiction. On peut donc dire que jusqu'à la loi de 1838 tout était irrégulier ou insuffisant au point de vue de la protection des biens. La loi de 1838 fut donc un grand bienfait. En créant des asiles pour les aliénés peu fortunés, elle permit, tout en les faisant traiter, de leur éviter l'interdiction.

S'inspirant de ce qu'après le premier interrogatoire dans la procédure de l'interdiction, il était nommé un administrateur provisoire, elle décida que, du fait même de l'internement, un administrateur provisoire serait nommé *ipso facto*, lequel serait pris dans le sein d'une commission de surveillance qu'elle instituait auprès de tous les établissements d'aliénés qu'elle créait. Là était l'organe capital à l'aide duquel la loi nouvelle pensait remédier aux lacunes existantes, en faisant de l'interdiction l'exception.

Les familles, les commissions et le procureur avaient, en outre le droit de se pourvoir devant le tribunal, pour lui demander la nomination directe d'un administrateur. De plus, un mandataire spécial, chargé de représenter en justice l'aliéné, pouvait être nommé suivant les circonstances (art. 33), et un notaire pouvait être chargé de le représenter dans les inventaires, comptes, partages et liquidations (art. 36) ; enfin, un curateur à la personne de l'aliéné pouvait être nommé, lequel devait veiller : 1° à ce que ses revenus fussent employés à adoucir son sort, et à accélérer sa guérison ; 2° à ce que le malade fût rendu à l'exercice de ses droits dès que sa situation le permettait (art. 38). Ce curateur, ayant un rôle tout spécial à remplir, ne devait pas, par imitation de la législation anglaise, avoir de communauté d'intérêts avec

le malade, et la loi stipule qu'il ne doit pas être choisi parmi les héritiers présomptifs. Ce que la loi a voulu dans l'espèce, c'est que tout aliéné séquestré et non interdit pût être pourvu d'une personne chargée de veiller à ce qu'il reçût des soins proportionnés à ses ressources. Malheureusement, dans la pratique, un nombre infime d'aliénés est pourvu d'un curateur; car, depuis vingt ans que j'exerce dans les asiles, je n'en ai pas connu un seul dans ce cas.

Les deux administrateurs provisoires, l'un légal, l'autre judiciaire, donnés aux aliénés non interdits placés dans les établissements d'aliénés, ont entre eux une différence énorme : le premier est nommé d'avance, et peut agir immédiatement; le second n'est désigné qu'après coup et ne peut entrer en scène qu'au bout d'un temps plus ou moins long. Or, dans beaucoup de cas, une action immédiate est urgente, notamment quand il s'agit d'un commerçant qui devient fou ayant des affaires engagées qui ne peuvent rester en suspens.

Dans ces cas, il y aurait un avantage certain à recourir d'abord à l'administrateur légal provisoire; mais cela n'est possible que dans les établissements qui sont seuls pourvus d'une commission de surveillance ou administrative (établissements d'aliénés, quartiers d'hospices), et, d'après la circulaire du 15 janvier 1860, les asiles privés faisant fonctions d'asiles publics. Par contre, il n'y a pas de commission de surveillance auprès des asiles privés, ne faisant pas fonctions d'asiles publics, c'est-à-dire auprès des établissements ordinairement désignés sous le nom de maisons de santé. Maintenant que nous connaissons les dispositions légales destinées à protéger les biens des aliénés placés dans les établissements d'aliénés, nous allons reprendre en détail tout ce qui se rattache : 1° à l'administrateur provisoire;

2° au mandataire *ad litem* ; 3° au notaire commis ; 4° au curateur.

I. — ADMINISTRATEUR PROVISOIRE. — Celui-ci est légal ou judiciaire. L'administration provisoire est légale, quand les commissions de surveillance ont délégué à la séance de janvier (art. 31 de la loi de 1838, régl. du 20 mars 1857) un de leurs membres pour remplir les fonctions d'administrateur provisoire des biens. Cette administration, a dit le rapport de la Chambre des Pairs, est analogue à la tutelle qui est conférée aux commissions des hospices par la loi du 15 pluviôse an XIII. Le pouvoir de désignation d'un de leurs membres appartient exclusivement aux commissions de surveillance des établissements publics. Cette désignation elle-même (Aubry et Rau, t. I, § 127 *bis*, note 3, p. 527) n'est qu'une mesure d'ordre intérieur, qui ne pourrait pas empêcher les commissions de surveillance de rester investies comme collège de l'administration provisoire qui leur est légalement déférée.

La charge qu'impose ainsi la loi aux commissions de surveillance a pour but d'assurer la remise immédiate de leurs intérêts dans des mains désintéressées, capables, et non point d'organiser, à titre définitif, pendant leur séjour dans les établissements d'aliénés, l'administration des biens des malades. Et, en effet, le membre délégué de la commission ne reste pas nécessairement chargé de cette administration, qui pourrait être, pour certains d'entre eux, très absorbante, au détriment de celle des autres, et la commission peut demander au tribunal civil du domicile de l'aliéné, la nomination d'un administrateur provisoire particulier. Dans ce cas, s'il est fait droit à la demande par le tribunal, l'administration provisoire, de légale qu'elle était, devient judiciaire, et dans cette hypothèse la commission se trouve

exonérée de toute obligation et de toute responsabilité (Aubry et Rau, t. I, § 127 *bis*, note 4, p. 527).

Indépendamment de la commission de surveillance, les parents, le conjoint de l'aliéné interné, ainsi que le procureur de la République, ont également le droit de demander au tribunal de mettre fin à l'administration du délégué de la commission, par la nomination d'un administrateur provisoire, de sorte que, pour les aliénés placés dans un établissement public, l'administration provisoire peut être légale ou judiciaire, tandis qu'elle ne peut être que judiciaire pour les malades placés dans les maisons de santé. Il s'ensuit que les aliénés non interdits placés dans les établissements privés ne bénéficient pas du système de l'administration légale, et conservent la libre disposition de leurs biens, conformément au droit commun, si le tribunal n'est pas amené à leur donner un administrateur provisoire. Cette lacune est évidemment grave.

L'article 32 de la loi de 1838, en attribuant aux parents et au conjoint de l'aliéné, ainsi qu'au ministère public, le droit de provoquer la nomination d'un administrateur, paraît être limitatif, et ce droit n'appartiendrait ni aux alliés (Tribunal de la Seine, 28 janvier 1854), ni aux créanciers (Tribunal de la Seine, 3 janvier 1854. Bertin, Chambre du conseil, t. I, n° 732). Il est controversé que ce droit appartienne à l'aliéné lui-même, car si M. Demolombe (t. VIII, n° 816) soutient l'affirmative en argumentant de l'article 38 autorisant l'aliéné à demander un curateur à sa personne, Aubry et Rau (t. I, § 127 *bis*, note 5, p. 527) rejettent cet argument d'analogie, en faisant observer que la liberté individuelle et le bien-être matériel d'une personne internée dans un établissement courant un plus grand danger que son patrimoine, à la bonne gestion duquel ses parents et même son conjoint sont d'ailleurs intéressés, il n'est

pas étonnant que le législateur ait cru devoir lui donner le droit de demander un curateur, et non celui de solliciter la nomination d'un administrateur provisoire.

La nomination d'un administrateur provisoire par le tribunal, conformément à l'article 497 du Code civil (1), est-elle facultative pour celui-ci? L'article 32 de la loi de 1838, employant au lieu du mot *devra* le mot *pourra*, soulève en effet des difficultés, parce que le principe de l'article 31 rend obligatoire l'administration provisoire des biens des aliénés placés dans les établissements publics. Il est admis que la nomination d'un administrateur provisoire aux biens d'un aliéné, séquestré dans un établissement public, est d'autant mieux facultative pour le tribunal, que le refus du juge d'en nommer un n'aura pour effet que de maintenir les pouvoirs de l'administrateur légal, désigné par avance déjà. Mais quand l'aliéné est placé dans un établissement privé, l'article 31 n'étant pas applicable, il arrivera, par suite de la faculté ainsi laissée au juge de nommer ou de ne pas nommer l'administrateur provisoire (art. 32), que ce malade s'en trouvera dépourvu. Il est donc regrettable que les magistrats aient le pouvoir discrétionnaire d'apprécier les circonstances de nature à faire rejeter ou admettre la demande en nomination d'un administrateur provisoire; il devait suffire aux personnes désignées par l'art. 32 de la loi, de réclamer la nomination d'un administrateur judiciaire, pour que le tribunal soit obligé de le faire. Il est présumable, en effet, que les motifs de cette demande sont des plus légitimes, car on ne l'introduirait pas si l'aliéné était

(1) Art. 497. — Après le premier interrogatoire (avant l'interdiction poursuivie), le tribunal commettra, s'il y a lieu, un administrateur provisoire pour prendre soin de la personne et des biens du défendeur.

indigent, si on avait l'espérance de sa prochaine guérison, ou enfin si l'administration de sa fortune se trouvait déjà bien assurée. D'ailleurs, le conseil de famille étant appelé à délibérer à cet égard (art. 32), comment admettre qu'il puisse faire la demande inconsiderée de nomination d'un administrateur provisoire, si elle ne lui paraissait pas nécessaire? Un administrateur provisoire aux biens pourrait être nommé à une femme mariée placée dans un établissement d'aliénés, quel que soit le régime contractuel adopté par les époux et sans qu'il y ait lieu d'être arrêté dans cette nomination par les modifications qui pourraient en résulter dans les droits dont le mari est investi par la loi ou son contrat de mariage (Rouen, 25 février 1880. Pannier § 8, 2, 253, P. 80, 973 D. 81, 2, 76); mais il faut admettre cette solution tout au moins dans le cas d'opposition d'intérêts entre le mari et sa femme, et alors d'ailleurs que cet administrateur judiciaire ne possède que les pouvoirs ordinaires conférés à tous les administrateurs provisoires (Cour de Cassation, 14 février 1881. Pannier, § 81, 1, 104, P. 81, 1, 237. Rouen, 25 février précité).

Si, avant son internement dans l'asile, l'aliéné avait constitué un mandataire général, le tribunal pourrait-il néanmoins nommer un administrateur provisoire des biens? Aubry et Rau (t. I, § 127 *bis*, note 6, p. 628), Demolombe (t. VIII, n° 815) soutiennent l'affirmative, et Chardon (*Puissance tutél.*, n° 189) pense le contraire. Je me rangerai à l'avis des premiers, le malade ayant pu donner un mandat qu'il peut regretter ensuite. L'art. 32 indique comme compétent pour nommer l'administrateur provisoire le tribunal du domicile de l'aliéné; il n'y a aucune difficulté là-dessus: mais *quid*, s'il n'a pas de domicile? Dans ce cas, le tribunal de l'arrondissement du lieu où il a été saisi sera compétent d'après Durieu et Roche (n° 139).

La délibération du conseil de famille devant précéder la demande judiciaire de nomination d'un administrateur provisoire (art. 32), comment faire, lorsque la famille de l'aliéné est inconnue, ce qui peut se produire dans le cas d'un placement d'office par l'autorité publique? — Dans l'espèce envisagée, si l'on suppose que la commission de surveillance ou le procureur d'office sollicite du tribunal la nomination d'un administrateur, on admet, par analogie avec les dispositions qui règlent la nomination des tuteurs à l'art. 109 du Code civil, que le juge de paix peut faire appeler des citoyens connaissant l'aliéné, et, à leur défaut, des personnes pour délibérer sur la convenance de la nomination et le choix de l'administrateur, au lieu et place du conseil de famille qui ne peut être convoqué (Durieu et Roche, n° 138).

Caractères de l'administration provisoire judiciaire. —

La fonction d'administrateur provisoire judiciaire est, comme celle du tuteur, obligatoire pour la personne investie par le choix du juge. L'art. 34 de la loi du 30 juin 1838 rend applicables aux administrateurs provisoires, nommés par le tribunal, les dispositions du Code civil relatives aux causes qui dispensent de la tutelle : aux incapacités, aux exclusions ou aux destitutions des tuteurs. Les auteurs (Aubry et Rau, t. I, § 127 *bis*, p. 528, et Demolombe, t. VIII, n° 822) font de l'administration provisoire une charge publique et gratuite, comme la tutelle.

Fonctions de l'administrateur provisoire. — On admet que les pouvoirs dont l'administrateur provisoire est investi sont les mêmes, qu'il soit légal ou judiciaire. Rien ne permet, en effet, de les différencier au point de vue de leurs attributions. L'art. 31 de la loi mentionne les cas principaux qui nécessitent le plus fréquemment

l'intervention de l'administrateur provisoire, et Aubry et Rau (t. I, § 127 *bis*, p. 530), Demolombe (t. VIII, n° 828), Durieu et Roche (*Aliénés*, n°s 140, 161, 162), Duvergier (note sur l'art. 36, p. 519), pensent que, de la nature des opérations indiquées par l'art. 31 et du caractère provisoire des fonctions dévolues à l'administrateur provisoire, on doit tirer la conséquence qu'il ne peut faire que *les actes d'administration, prendre des mesures conservatoires et passer les actes qui présentent un caractère d'urgence*. A ce point de vue, l'art. 31 ne serait pas tout à fait limitatif; mais, en dehors de ces limites tracées par les auteurs précités, l'administrateur doit être considéré comme dépourvu de mandat. Les actes de disposition ou d'administration qu'il passerait (Aubry et Rau, t. I, § 127 *bis*, p. 531), même avec l'autorisation de la justice, ne lieraient pas son administré.

Toutes les fois qu'il s'agit de faire pour l'aliéné des actes qui ne rentrent pas dans la catégorie des actes d'administration, comme, par exemple, une acquisition ou une aliénation immobilière, une constitution de servitude ou d'hypothèque, il n'y a aucun autre moyen d'agir valablement, qu'en provoquant l'interdiction. Mais cette ressource même peut devenir illusoire, si le tribunal, se fondant sur l'état de l'aliéné, refusait de prononcer l'interdiction, de sorte que ce cas constitue une nouvelle lacune de la loi de 1838.

L'administrateur provisoire a-t-il qualité pour transiger? Certains auteurs pensent qu'on pourrait admettre la validité d'une transaction, consentie par l'administrateur provisoire, quand elle est autorisée par le conseil de famille, de l'avis de trois jurisconsultes et après homologation du tribunal (Durieu et Roche, *Répertoire des Établissements de bienfaisance*, v° *Aliénés*, n° 163), conformément à l'art. 467 du Code civil; mais cette

extension donnée ainsi aux pouvoirs de l'administrateur n'est-elle pas au contraire abusive, la faculté de transaction étant réservée seulement au tuteur (art. 467 du Code civil) et sous des réserves expresses formulées dans la loi? C'est mon avis.

L'administrateur provisoire peut-il accepter ou répudier une succession? Dans l'hypothèse où aucune acceptation n'a été faite avant son internement par l'aliéné lui-même, et dans celle où la succession ne lui serait échue qu'après son internement, il n'est pas douteux que l'administrateur provisoire ne puisse, au nom de l'aliéné, ni la répudier, ni l'accepter purement et simplement. En effet, ses pouvoirs sont en fait, quant aux biens, les mêmes que ceux de l'administrateur d'un individu dont l'interdiction est demandée (art. 497 du Code civil); or celui-ci ne peut pas avoir des pouvoirs plus étendus que ceux d'un tuteur, à qui la loi (Code civil, art. 461) a refusé le droit de répudier une succession, sans l'autorisation du conseil de famille, et ne peut l'accepter avec cette autorisation que sous bénéfice d'inventaire. L'administrateur provisoire n'a pas davantage le droit, d'après la loi, d'accepter la succession sous bénéfice d'inventaire, bien que cette acceptation bénéficiaire ne semble pas présenter un danger sérieux pour les intérêts de l'aliéné, et puisse éviter souvent l'interdiction de celui-ci, à la requête d'autres héritiers qui veulent régler leurs droits.

Bien que, lors de la discussion de la loi de 1838, il ait été déclaré que les pouvoirs de l'administration provisoire seraient les mêmes que ceux accordés par le Code civil et la jurisprudence à l'administrateur provisoire nommé durant le cours d'une procédure en interdiction, cependant il faut dire que les fonctions de l'administrateur provisoire se restreignent à la gestion des biens de l'aliéné, et ne s'étendent pas à sa personne, dont le

soin est laissé à un curateur. Malgré le renvoi de l'art. 32 de la loi de 1838 à l'art. 497 du Code civil, on ne saurait donc assimiler l'administrateur provisoire des biens d'un aliéné à celui qui est nommé en matière d'interdiction (Répertoire général de droit français, Fuzier Hermann, *Aliénés*, § 2, *Gestion des biens*, n° 373).

Si, d'après les termes de l'art. 31 de la loi de 1838, l'administrateur provisoire a eu le pouvoir de procéder au recouvrement des créances, faut-il en conclure qu'il a qualité, non seulement pour recevoir les paiements exigibles offerts par les débiteurs, mais pour les poursuivre lorsqu'ils refusent de s'acquitter? MM. Aubry et Rau (t. I, § 127 *bis*, note 12, p. 530) estiment que l'administrateur ne peut poursuivre un débiteur que lorsque la dette se trouve établie par un acte en forme exécutoire; dans le cas où, probablement, il serait nécessaire de faire reconnaître judiciairement l'existence de la dette, l'administrateur provisoire n'aurait pas qualité à cet effet, n'étant pas chargé de représenter l'aliéné en justice.

L'administrateur provisoire n'est pas autorisé à passer des baux pour plus de trois ans, pour tous les immeubles appartenant à l'aliéné dont il gère les biens; en cela il est moins favorisé que les autres administrateurs, au grand détriment des intérêts du malade. Quand il s'agit en effet de louer des terres, il est certain qu'il y aurait plus-value dans le prix du fermage si on pouvait louer pour neuf années consécutives ou pour trois, six ou neuf années.

L'administrateur peut (art. 31 de la loi de 1838) faire vendre le mobilier de l'aliéné séquestré, après avoir été autorisé à cet effet par le président du tribunal. Mais cette vente doit être faite aux enchères et non à l'amiable. Le Code civil étant muet sur la distinction à faire

entre les meubles corporels et les meubles incorporels, un office ministériel étant meuble incorporel a pu être cédé par l'administrateur provisoire du titulaire aliéné, avec l'autorisation du tribunal (Lyon, 22 juin 1865); V^e.... S. 66. 2. 16. P, 66. 913). Il existe une circulaire ministérielle du 9 juin 1857 d'après laquelle l'administrateur provisoire nommé à un officier ministériel devenu aliéné séquestré peut procéder régulièrement à la cession de l'office, après avoir consulté le conseil de famille, dont la délibération a été ensuite homologuée. Toutefois la cour de Metz (8 décembre 1868) a jugé le contraire, en considérant d'une part que l'administrateur provisoire ne peut vendre les meubles qu'en observant les formes prescrites pour les mineurs, et que, d'autre part, les offices ne sont pas susceptibles d'être vendus aux enchères publiques. Dans ces conditions, l'administrateur ne pourrait vendre l'office, ni aux enchères, ni à l'amiable.

S'il s'agit d'aliéner d'autres meubles incorporels, tels que valeurs, titres, on doit se conformer aux prescriptions de la loi du 27 février 1880 qui est applicable aux aliénés non interdits placés (art. 8 de la loi) sous la tutelle, soit de l'administration de l'Assistance publique, soit des administrations hospitalières, avec cette modification que le conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique et les commissions administratives rempliront à cet effet les fonctions de conseil de famille. Les dispositions de cette loi de 1880 étant applicables aux administrateurs provisoires des biens des aliénés, les valeurs au porteur appartenant aux aliénés séquestrés devront être converties en titres nominatifs. L'intérêt de l'aliéné séquestré à ce que cette mesure soit prise est absolument évident.

L'article 31 mentionne l'autorisation du président du tribunal comme nécessaire à l'administrateur provisoire

pour la vente du mobilier ; mais il n'indique pas si le tribunal compétent est celui de la situation de l'établissement, celui du lieu où se trouve le mobilier, ou même celui du domicile de l'aliéné. D'après Durieu et Roche (V. *Aliénés*, n° 134) et Demolombe (t. VIII, n° 809), il faut suivre ici les règles de la minorité et de l'interdiction, et, en conséquence, décider que le président compétent sera celui du tribunal du domicile de l'aliéné séquestré. Aubry et Rau (t. I, n° 1009) pensent que l'administrateur provisoire est aussi chargé de représenter l'aliéné dans les inventaires, comptes, partages et liquidations dans lesquels il serait intéressé, puisque ce n'est qu'à défaut d'administrateur provisoire que le président du tribunal commet un notaire pour représenter cet aliéné (art. 36 loi du 30 juin 1838). On doit, d'après les mêmes auteurs (t. 1, § 127 *bis*, p. 53), et d'après Demolombe (t. 8, n° 836), admettre que l'étendue des pouvoirs qui correspondent à cette partie des fonctions de l'administrateur provisoire, doit se déterminer d'après les règles admises en matière d'absence.

Or, l'article 113 du code civil qui a fourni, en effet, presque entièrement le texte de l'article 36 de la loi du 30 juin, ne confère pas au représentant de l'absent le droit de procéder à un partage sans intervention de justice, conformément à l'article 838 du Code civil : dans ces conditions, le partage ne peut être fait amiablement. Il a été jugé que le partage d'une succession échue à un aliéné interné et non interdit, et qui a été acceptée par cet aliéné avant l'internement, ne peut être fait à l'amiable (Paris, 11 août 1891. Aubry S. et P. 92. 2. 185 — 26 janvier 1892 — Leclerc S. et P. 92. 2. 185. D. 97. 2. 87 — 15 et 25 mars 1892 — Subervielle et Leronge, S. et P. 92. 2. 185 — D. 93. 2. 229). Du moment où le partage ne peut s'opérer amiablement et doit être fait en justice, ce sera un mandataire spécial

ou mandataire *ad litem* qui devra suivre, au nom de l'aliéné séquestré, l'instance en liquidation et partage. Cette solution se concilie d'ailleurs avec l'article 36 de la loi de 1838.

Le pouvoir de l'administrateur provisoire devra se réduire à assister et à prendre part aux opérations préliminaires du règlement de la succession, qui pourront être effectuées avant l'assignation, ou tout au moins à celles pour lesquelles, lorsqu'il y a un incapable, l'intervention de la justice n'est pas nécessaire (Fuzier-Hermann, *Rép. du droit français*, n° 396).

Les significations qu'il y aurait lieu de faire à un individu placé dans un établissement d'aliénés doivent être faites à l'administrateur nommé par jugement (article 35 de la loi), s'il y en a un ; dans le cas contraire, elles doivent l'être suivant les règles de droit commun et dans les formes ordinaires, sans qu'il y ait lieu de s'arrêter à la désignation d'office, par la Commission de surveillance, d'un de ses membres pour remplir les fonctions de l'administrateur provisoire (Durieu et Roche, n° 155). Et, en effet, la distinction qu'établit la loi de 1838 entre l'administrateur provisoire légal et judiciaire, au point de vue des significations à faire, s'explique suffisamment par la nature même des désignations, celle d'office n'étant pas portée à la connaissance des tiers.

Quant aux significations faites au domicile de l'aliéné, elles peuvent (art. 35, loi de 1838), suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux ; et précisément parce que les tiers peuvent ne pas être instruits de la nomination de l'administrateur provisoire, on a pensé qu'il valait mieux ne pas exiger, à peine de nullité, la signification à l'administrateur ; aussi les exploits remis au domicile de l'aliéné peuvent être déclarés valables, s'ils ne sont pas entachés de mauvaise foi.

Il a été jugé que les significations directes à une personne séquestrée dans un asile d'aliénés, en dehors de l'administrateur de ses biens, ne sont, pas plus que les significations faites au domicile de cette personne, frappées d'une nullité de plein droit, mais sont seulement, comme elles, annulables, suivant les circonstances (Caen, 20 décembre 1857. Berrurier, S. 58. 2. 625. D. 58. 2. 147). Il en est ainsi surtout lorsqu'il s'agit de significations relatives à une demande en interdiction dirigée contre la personne à laquelle elles sont faites (même arrêt). Ne saurait être assimilée à une notification régulière de la surenchère la signification adressée au procureur de la République, avec réquisition de faire nommer un administrateur ou mandataire spécial à l'aliéné (même arrêt). Est également irrélèvanle la notification adressée à un administrateur provisoire nommé en remplacement du premier, si elle est postérieure au délai de quarante jours (même arrêt).

Dans le dernier paragraphe de l'art. 35 de la loi de 1838, il est dit qu'il n'est point dérogé aux dispositions de l'art. 173 (Code de commerce). Ce paragraphe vise les protêts. Ces actes devant être faits dans les vingt-quatre heures, on a voulu, avec juste raison, admettre une exception en leur faveur, ce qui explique pourquoi les dispositions de l'art. 35 ne leur sont pas applicables. Toutefois les dénonciations des protêts et tout autre acte de la procédure commerciale ne rentrent pas dans cette exception, qui est limitative.

L'art. 31, qui limite les pouvoirs de l'administrateur provisoire, spécifie que les sommes recouvrées au compte de l'aliéné doivent être versées directement dans la caisse du receveur. Il faut entendre cette disposition dans un sens très étroit, et l'historique de la rédaction de cet article prouve que le législateur avait cherché à rendre impossibles, des détournements de fonds

par l'administrateur. Les fonds appartenant à l'aliéné ne doivent donc jamais passer par ses mains, et si une pratique semblable a pu s'établir dans quelques asiles, comme cela est malheureusement certain, elle est condamnable et abusive. Les sommes encaissées par le receveur de l'établissement (art. 31) pourraient, et l'administration doit juger s'il est convenable d'agir ainsi, être remises à la famille de l'aliéné, car il faut parfois se préoccuper aussi d'elle, s'il n'y avait pas lieu de les affecter aux besoins de l'aliéné. Dans ce cas, il va de soi que les parents ne pourraient obtenir que les sommes qui excéderaient le prix de la pension, et, si elles étaient insuffisantes pour le couvrir, il ne pourrait rien être distrait en faveur de la famille du malade avant que le préfet (art. 28, loi du 30 juin 1838) n'ait fixé par un arrêté dans quelles proportions la commune et le département devraient contribuer au remboursement du prix de journée avancé en entier par le département à l'asile. Quant à l'emploi des valeurs mobilières appartenant aux aliénés, il faut se conformer strictement à la loi du 27 février 1880, l'administrateur provisoire des biens d'un aliéné étant responsable des placements qu'il a pu faire, sans prendre l'avis du conseil de famille (Grenoble, 27 février 1884. *Journ. arr.*, Grenoble, 1884, p. 207); ce qui nous amène à parler de la responsabilité de l'administrateur provisoire.

S'inspirant de l'esprit de l'article 511 du Code civil, relatif au mariage de l'enfant d'un interdit, un jugement du tribunal de la Seine a admis que l'administrateur provisoire d'un aliéné pouvait, avec l'autorisation du conseil de famille, homologuée par le tribunal, constituer une dot à l'enfant sur les revenus du père aliéné (Tribunal de la Seine, Chambre du conseil, 23 avril 1853. Bertin, t. I, n° 739).

Responsabilité de l'administrateur provisoire. — D'après Aubry et Rau (t. I, § 127 *bis*, p. 532), la responsabilité en matière d'administration provisoire doit être déterminée, non par les règles quelquefois exorbitantes de la tutelle, mais par celles du mandat. Pour savoir sur qui elle pèse et quelle en est la garantie, il faut distinguer suivant que l'administration provisoire est légale ou judiciaire.

Responsabilité de l'administrateur légal. — Les membres de la commission administrative ou de surveillance, y compris le membre délégué, ne sont personnellement responsables que dans le cas de dol ou de faute lourde assimilable à dol et imputable à l'un d'eux, conformément à l'art. 992 du Code civil. Hormis ce cas, la responsabilité se partagerait entre le receveur de l'établissement et l'établissement lui-même, considéré comme personne morale si l'asile s'appartient, et le département si l'établissement est départemental. Le receveur exerçant, en réalité, à l'égard de l'aliéné les fonctions d'un caissier, a l'obligation évidente de rendre compte des recettes et des dépenses faites, et doit être comptable du reliquat. Quant à l'établissement, il doit un compte de gestion (par l'entremise du directeur) et il est responsable des fautes légères qui auraient été commises par l'administrateur (Aubry et Rau, t. I, p. 533, § 127 *bis*). La responsabilité effective du receveur est prévue par l'article 31, § 3, de la loi du 30 juin 1838, qui affecte le cautionnement versé par le receveur à l'acquittement, par premier privilège, des reliquats de ses comptes. Cette garantie spéciale ne met d'ailleurs pas obstacle à la garantie de droit commun, qui fait du patrimoine du receveur le gage commun de tous ses créanciers, en vertu de l'art. 2092 du code civil (Aubry et Rau, § 127 *bis*, p. 533); mais l'insuffisance du cau-

tionnement et l'insolvabilité du receveur n'autoriseraient pas un recours de la part des créanciers contre l'établissement (mêmes auteurs, t. I, § 127 *bis*, note 24, p. 533). La responsabilité de l'asile d'aliénés considéré comme personne morale, s'il était autonome, ne serait garantie que par les biens compris dans son patrimoine.

Responsabilité de l'administrateur judiciaire. — Quelle est l'étendue de responsabilité de l'administrateur, à qui incombe judiciairement le soin de s'occuper des intérêts de l'aliéné séquestré? Pour donner des sûretés contre les dilapidations, la fraude, les négligences possibles de l'administrateur à qui la justice a confié les intérêts de l'aliéné, l'article 34 de la loi de 1838 dispose que, sur la demande des parties intéressées ou sur celle du procureur de la République, le jugement nommant l'administrateur pourra constituer en même temps sur ses biens une hypothèque générale ou spéciale, jusqu'à concurrence d'une somme déterminée par le même jugement. Du texte de cet article, il résulte que cette hypothèque, qui participe à la fois de l'hypothèque légale et de l'hypothèque judiciaire, ne peut être établie que par le jugement même de nomination de l'administrateur (Aubry et Rau, t. I, § 127 *bis*, p. 534. Baudry-Lacantinerie, t. I, n° 1004). M. Demolombe soutient le contraire (t. VIII, n° 824).

L'article 34 charge spécialement le procureur de la République de faire inscrire l'hypothèque constituée sur les biens de l'administrateur, par le jugement de nomination, car elle n'est efficace que dans ces conditions, ne prenant rang d'ailleurs que du jour où elle est inscrite. Dans le cas où le procureur négligerait de prendre inscription dans le délai de quinzaine qui lui est imparti par la loi, on ne saurait opposer une fin de non-recevoir aux parents et amis de l'aliéné, qui voudraient

se substituer au procureur pour l'inscription. Et en effet, dès que la nécessité de l'hypothèque est reconnue et confirmée par le tribunal, l'aliéné ne peut pas être traité plus défavorablement que le mineur ou l'interdit; or l'art. 2139 du Code civil autorise les parents et amis du mineur à requérir inscription sur les biens du tuteur, quand ni celui-ci, ni le subrogé tuteur ne l'ont fait. (Durieu et Roche, n° 154. Demolombe, t. VIII, n° 825. Aubry et Rau, t. I, § 127 *bis*, p. 534).

En résumé, d'après la loi de 1838, la responsabilité pèse tout entière et d'une manière exclusive sur l'administrateur nommé par la justice.

Fin de l'administration provisoire. — L'art. 37 de la loi du 30 juin 1838 édicte que les pouvoirs de l'administrateur provisoire cessent de plein droit par la sortie de l'aliéné de l'établissement où il était séquestré. Si l'administrateur, ignorant la sortie, continuait à agir, les actes faits par lui, dans cette ignorance, se trouveraient néanmoins valables, conformément à l'art. 2008 du Code civil relatif à la terminaison du mandat. L'interdiction ultérieure de l'aliéné mettrait également fin à l'administration provisoire, mais sous la réserve qu'elle continuerait d'agir jusqu'à la nomination d'un tuteur et d'un subrogé tuteur à l'interdit. Par suite et jusqu'à cette nomination, l'administrateur provisoire a qualité pour agir dans l'intérêt de l'interdit (Rouen, 13 février 1855; Petit et Lerouy, S. 55. 2. 510; P., 56. 2. 238; D., 56. 2. 53; *Sic.* Aubry et Rau, t. I § 127 *bis*, p. 535).

Les fonctions de l'administrateur provisoire, nommé par la justice, cessent de plein droit à l'expiration d'un délai de trois ans. Le législateur a pensé que celui qu'elle désignait d'office, par l'entremise de la Commission de surveillance, pour gérer les biens des aliénés placés dans

les établissements publics, se trouvant, pour ainsi dire, sous le contrôle permanent de cette Commission, pouvait sans sérieux inconvénient pour les intérêts en jeu rester en fonctions pendant toute la durée de la séquestration du malade, tandis qu'il n'en est pas ainsi pour celui qui est nommé par le tribunal. Ce dernier gère, en effet, les biens en dehors de toute surveillance, et il est utile qu'il soit prévenu qu'à l'expiration des trois années de sa gestion, il aura des comptes à rendre sur elle.

Toutefois rien n'empêche le tribunal, à l'expiration des pouvoirs de l'administrateur provisoire, de les lui renouveler pour une nouvelle période de trois ans ; ce second jugement, comme le premier, est sans appel (Paris, 4 janvier 1851, A... S. 51. 2. 83-P. 51. 1. 261-D. 51. 5. 201). MM. Durieu et Roche (n° 166) pensent que l'administrateur dont les pouvoirs sont renouvelés après trois ans, en vertu de l'art. 37, n'est point tenu de les accepter de nouveau. Demolombe (tome 8, n° 827), Aubry et Rau (tome I, § 127 *bis*, note 30, p. 535), croient au contraire que l'art. 37 confiant au tribunal le même droit de nomination qu'il avait dès le principe, il faut conserver le même caractère à cette nomination nouvelle, et par conséquent la déclarer obligatoire.

(*A suivre.*)

Revue critique.

LA MÉDECINE LÉGALE

AU

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE PARIS
EN 1900

Par le Dr A. GIRAUD

Le compte rendu officiel de la section de médecine légale au Congrès international de médecine de Paris de 1900 vient de paraître et nous permet d'apprécier l'ensemble des travaux de la section. Ce compte rendu est publié par M. Motet (1). La section de médecine légale paraît avoir été l'une des moins chargées du Congrès. On n'y compte que vingt-six communications, y compris le discours d'ouverture du Président, et dix de ces communications seulement ont provoqué une discussion. La section a tenu six séances. Le peu d'ampleur des travaux de la section de médecine légale doit tenir à l'organisation du congrès où les sections et sous-sections se sont multipliées, on peut le dire, d'une manière excessive. A cela s'ajoutait la difficulté matérielle de se rendre d'une section à une autre. Les médecins désignés habituellement comme experts par la justice ne s'occupent pas uniquement de médecine légale. Or, comme toutes les branches de la médecine avaient déjà leur section ou sous-section, la plupart de ceux qui

(1) Section de médecine légale, comptes rendus publiés par M. Motet, secrétaire de la section. (Un volume in-8° de 173 pages, Paris, Masson éditeur.)

s'intéressent aux questions de médecine légale étaient appelés par leurs études spéciales à se faire inscrire dans une autre section du congrès.

Je ne veux pas insister sur des critiques qui ont déjà été faites et, dans cette rapide analyse du compte rendu des travaux de la section de médecine légale, je ne m'arrêterai qu'aux communications se rattachant à la médecine mentale.

Le discours d'ouverture a été fait par M. le professeur Brouardel, qui a adressé ses souhaits de bienvenue sans aborder aucun point de doctrine; puis la parole a été donnée à M. Clark Bell, qui a présenté un mémoire sur la jurisprudence médicale en Amérique au XIX^e siècle. L'auteur débute par l'historique de la médecine légale en Europe, puis fait l'historique de la Société de médecine légale de New-York, indique les ouvrages divers publiés en Amérique sur la jurisprudence médicale et termine par un chapitre sur l'influence et les travaux de la Société de médecine légale de New-York.

M. le D^r G. Silva Y. Valencia (de Mexico) a fait une communication sur le tableau statistique médico-légal du district fédéral de la république mexicaine depuis l'organisation du corps médico-légiste en novembre 1880. Un point intéressant de cette communication est la distinction faite par le Code pénal mexicain entre le viol et la violation.

Art. 793. — On nomme *viol*, le coït avec une femme chaste et honnête en employant la séduction ou la tromperie pour obtenir son consentement.

Art. 795. — Commet le délit de *violation*, celui qui, au moyen de la violence physique ou morale, a des rapports sexuels avec une personne sans la volonté de celle-ci, quel que soit le sexe.

Le D^r Henri Szigeti (de Hongrie) a communiqué une observation très intéressante de suicide par auto-extirpation du larynx. C'est une forme de suicide très rare. L'auteur n'en connaît qu'un seul autre cas, mentionné dans le livre hongrois de médecine légale de Belky et encore il s'agissait d'un homme, tandis que le fait rapporté par M. Szigeti s'applique à une femme. Cette femme, mariée, âgée de quarante-deux ans, était partie avec une voisine pour aller au bain. Là, après avoir pris

son billet, elle disparut. Elle était rentrée chez elle et s'était enfermée. Au bout d'un certain temps on eut des soupçons qu'un malheur pouvait être arrivé, et on alla chercher le mari, qui pénétra dans la maison par une fenêtre, et accompagné d'un camarade. Le mari trouva sa femme le dos sur le plancher, le cou coupé, et gisant dans une grande mare de sang. Elle vivait encore, fut transportée à l'hôpital et mourut dans la nuit. Le médecin appelé à la maison pour donner les premiers soins, avait constaté avec le plus grand étonnement que la blessée n'avait plus de larynx, et il avait retrouvé le larynx de la femme à trois pas d'elle, dans une mare de sang, sur le plancher. A côté, se trouvait le couteau de table saignant, très émoussé (pas aiguisé), avec lequel la femme s'était coupé le cou.

Voici comment le Dr Szigeti rend compte des constatations faites à l'autopsie :

« A la partie antérieure du cou, il y a une coupure ouverte à peu près en forme de cinq coins, à bords nets et à coins arrondis, de 11 centimètres de largeur en direction transversale et 10 centimètres de longueur, qui va de l'os hyoïde jusqu'au jugulum et qui est limitée des deux côtés par les muscles sterno-cléido-mastoïdiens. La partie droite du bord inférieur de la blessure continue encore sous un angle aigu en trois blessures linéaires courant parallèlement entre elles. La base de la blessure est concave, en bateau ; des deux angles supérieurs sortent les glandes sous-maxillaires, et entre ceci le corps de l'os hyoïde. Derrière on voit le V épiglote. Le larynx entier et le cartilage cricoïde ensuite, une partie de la glande thyroïde, la partie antérieure du pharynx et la partie supéro-antérieure de l'œsophage manquent.

« La paroi postérieure de l'œsophage forme un triangle tourné la pointe en bas ; sur celle-ci, on voit à la hauteur du larynx trois coupures superficielles en forme de lignes. La voie respiratoire sectionnée, la partie restante de la glande thyroïde et les extrémités du muscle droit du cou se sont retirées derrière le bord inférieur de la blessure, dans le jugulum. Les paquets de muscles sterno-cléido-mastoïdiens gisant superficiellement sont coupés, les veines extérieures jugulaires déchirées, et les artères du larynx se sont rétractées. Les deux caro-

tides et les veines jugulaires internes sont intactes, de même le nerf vague. Le larynx coupé montre des coupures répétées; à celui-ci n'est suspendu aucun morceau de peau, par conséquent, il ne manque rien de la peau, de la face antérieure du cou. »

L'auteur ajoute :

« Alors, j'ai trouvé de quelle manière la femme avait pu s'extirper le larynx avec ses propres mains. Sur la face dorsale de la troisième phalange du médius taché de sang, on voyait au bord extérieur, près de l'angle extérieur de l'ongle, une coupure béante superficielle de un demi-millimètre et 8 millimètres de longueur.

« A mon avis, la femme prenait à plein poing, de la main droite, le couteau de table aiguisé, penchait la nuque en arrière, et de plusieurs coups menés de gauche à droite, se dirigeant un peu obliquement et atteignant tout près de la colonne vertébrale, elle se coupait le cou antérieur à la hauteur de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde. Après, elle prenait avec la main gauche la blessure ouverte du cou, accrochait le doigt du milieu dans le larynx ouvert, tirait celui-ci en avant et en bas, et, en conduisant le couteau par-dessus le doigt, elle découpait avec plusieurs coupures le larynx; à cette occasion, elle pouvait se couper le doigt. »

Dans les circonstances où le fait s'était passé, le suicide n'était pas douteux. Le doute aurait pu avoir lieu si l'acte avait été commis la nuit pendant que le mari était dans la maison. La plante des pieds de la femme était tachée de sang, ce qui indique qu'elle avait fait quelques pas après s'être coupé le cou.

Se plaçant au point de vue psychiatrique, le Dr Szigeti estime qu'un aliéné seul peut exécuter pareille chose. La femme avait perdu plusieurs semaines auparavant son unique enfant de diphtérie; elle était depuis lors inconsolable, très triste, d'humeur abattue et très réservée.

Cette communication a provoqué une discussion. M. Vibert a fait remarquer la survie relativement longue dans le cas qui venait d'être rapporté. M. Motet a rappelé que chez les aliénés, on observe les mutilations les plus extraordinaires; un aliéné lui a craché au visage un morceau de sa langue qu'il avait sectionné avec ses

dents. On a discuté ensuite le diagnostic du suicide et de l'assassinat d'après la direction de la plaie dans la section du cou.

M. Albert Bach, ex-président de la Société médico-légale de New-York, a présenté un mémoire intitulé : *La réhabilitation du témoin médico-légal*. L'auteur considère comme très malheureux pour la profession médicale que, dans certains pays, l'on autorise les deux adversaires, dans une cause en litige, à employer et à payer leurs propres experts médicaux. On regarde l'expert comme un avocat de la cause qu'il a épousée par considération pécuniaire. M. Bach propose comme remède à cette situation la création de sociétés médico-légales ayant le pouvoir de frapper des peines disciplinaires de la suspension et même de l'exclusion ceux qui auraient été reconnus coupables de s'être livrés à des pratiques peu honnêtes. M. Albert Bach a aussi émis l'avis que pour la sécurité de la société le secret médical ne devrait pas exister devant la justice. Ce mémoire n'a provoqué aucune discussion et nous en sommes surpris. D'une part, l'auteur préconise une sorte d'*ordre* pour les médecins experts et, d'autre part, nous sommes habitués à considérer le secret professionnel comme un devoir absolu. On peut considérer comme rigoureuse la condamnation de Watelet, qui avait révélé la maladie de son client pour faire respecter la mémoire de celui-ci; mais on nous a enseigné que nous avons le devoir de nous taire dans tous les cas. Nous avons vu annuler en France un jugement qui s'appuyait sur la déposition d'un médecin ayant violé le secret médical, cette déposition étant considérée comme nulle parce que la loi obligeait le médecin à se taire. M. Albert Bach n'a d'ailleurs pas démontré que le secret médical fût un obstacle sérieux à la répression des crimes.

MM. Dupré, professeur agrégé à la Faculté de Paris, et Rocher, avocat à la Cour d'appel, ont fait une communication très intéressante sur les délits pouvant résulter de la pratique du magnétisme par des personnes non diplômées.

M. Dupré définit l'hypnotisme : un état *psycho-pathologique*, survenant momentanément, dans certaines conditions particulières de terrain et d'expérience, et

dont le caractère fondamental consiste dans *l'inhibition fonctionnelle, plus ou moins complète, des centres psychiques supérieurs ou conscients, et dans l'activité indépendante des centres psychiques inférieurs ou automatiques*. Une des conséquences les plus constantes et les plus remarquables de cette désagrégation psychique, dit M. Dupré, est l'extrême développement de la *suggestibilité*, c'est-à-dire de l'aptitude à réaliser passivement, par voie d'association automatique, les tendances à l'acte, éveillées dans les centres psychiques par la voie extrinsèque des sens et du langage (*hétéro-suggestion*), ou par la genèse intrinsèque et inconsciente de processus mentaux, d'apparence spontanée et personnelle (*auto-suggestion*).

« L'état hypnotique peut être, à l'aide de différentes manœuvres, obtenu chez un grand nombre de sujets. La provocation de l'hypnose est d'autant plus aisée à obtenir que le sujet est plus entaché d'hystérie. La grande majorité des hystériques est hypnotisable. L'hypnose peut aussi être provoquée chez des sujets qui sont ou semblent indemnes d'hystérie. En pareil cas, l'hypnotisation, en ébranlant un édifice mental peu solide, éveille souvent une prédisposition jusqu'alors latente à la névrose. L'hypnose est d'autant plus facile à obtenir qu'elle a été déjà plus souvent provoquée. L'entraînement et l'éducation, dus à la répétition des manœuvres, les influences auto-suggestives et hétéro-suggestives, exagèrent, grâce à l'inertie de la volonté et à l'obnubilation de la conscience; l'exaltation des centres automatiques, et finissent par modifier profondément la personnalité du sujet, surtout lorsqu'on envisage celui-ci dans ses rapports avec son magnétiseur. Aux mains de celui-ci, le sujet devient hyper-hypnotisable et d'une extrême malléabilité psychique.

« Le résultat immédiat de l'hypnotisme est donc le développement progressif de la *suggestibilité* du sujet, surtout et parfois seulement vis-à-vis de l'hypnotiseur. C'est là qu'est d'ailleurs le fondement de l'hypnotisme thérapeutique. »

La pratique de l'hypnotisme par une personne inexpérimentée peut provoquer des accidents divers : accidents hystériques tels qu'attaques convulsives, paraly-

sies et contractures ; crises de somnambulisme spontané ; accidents neurasthéniques ou hystéro-neurasthéniques tels que céphalée, insomnie, asthénie neuro-musculaire, aboulie, incapacité de travail mental ; accidents vésaniques tels qu'états d'obsession, anxiété, phobies, idées fixes, bouffées délirantes. La pratique de l'hypnotisme est dangereuse chez les débiles et chez les déséquilibrés.

Une autre catégorie de méfaits dus à l'hypnotisme résulte non plus de l'incompétence, mais de la malhonnêteté des magnétiseurs. C'est dans ce cas l'exploitation du débile par l'amoral. On peut considérer comme crime hypnotique par excellence le viol et l'attentat à la pudeur ; toutefois M. Dupré remarque l'extrême rareté du fait par la pauvreté des documents médico-légaux sur la matière.

En dehors des *attentats physiques* du viol et l'attentat à la pudeur, il y a des *attentats moraux* possibles en extorquant à l'hypnotisé des aveux ou des confidences que l'hypnotiseur malhonnête peut ensuite exploiter.

Le crime peut-il être suggéré ? « L'observation des faits, dit M. Dupré, démontre qu'il est possible de suggérer à certains sujets l'idée de l'accomplissement d'un crime (vol, incendie, assassinat) ; mais plusieurs conditions sont nécessaires pour la réalisation de l'expérience. La première est que le sujet ait été souvent endormi, que sa suggestibilité ait été cultivée, développée et assouplie par le même hypnotiseur ; la seconde est que l'action criminelle se réduise à un simple délit (larcin, mensonge, etc.) ou à un *crime de laboratoire*. » M. Dupré explique le fait en disant que chez le sujet qui exécute une suggestion post-hypnotique, il existe une notion subconsciente plus ou moins vague, mais réelle, et dans le cas d'une suggestion franchement criminelle l'hypnotisé résiste. La conclusion de M. Dupré est que la suggestion par l'hypnotisme du crime vrai n'est pas prouvée. Le crime hypnotique n'a d'ailleurs pas d'histoire médico-légale ou judiciaire.

Aux délits résultant de la pratique de l'hypnotisme par des personnes non diplômées, on peut joindre les abus de confiance des somnambules aux dépens de leurs clients, mais c'est plutôt de l'exploitation des gens crédules.

Enfin, il y a des cas, assez rares d'ailleurs, où la victime de l'hypnotisme est l'hypnotiseur accusé par l'hypnotisé de viol, d'attentat à la pudeur ou de suggestions criminelles, d'où la règle de ne jamais hypnotiser sans témoins.

M. Rocher traitant la question de l'hypnotisme, non plus au point de vue médical mais au point de vue juridique, a examiné sous un autre aspect les délits résultant de la pratique du magnétisme par des personnes non diplômées.

Il a divisé ces délits en trois catégories :

- 1° Délit d'exercice illégal de la médecine;
- 2° Délit d'escroquerie;
- 3° Délits d'imprudence.

Le magnétisme est un moyen thérapeutique ; donc, celui qui le pratique sans diplôme commet un délit d'exercice illégal de la médecine.

Les opérations magnétiques tendant à faire naître l'espoir d'un succès chimérique sont des escroqueries. Enfin, les accidents causés par un hypnotiseur maladroit sont des délits par imprudence comparables aux blessures par imprudence.

A la suite de la discussion provoquée par le mémoire de MM. Dupré et Rocher, l'assemblée a voté le vœu suivant :

« L'hypnotisme et le magnétisme sont de véritables agents thérapeutiques dont l'emploi inconsidéré peut entraîner de graves conséquences.

« La pratique doit en être réservée aux seules personnes pourvues du diplôme de docteur en médecine.

« Le XIII^e Congrès international de médecine (section de médecine légale) émet le vœu que, dans tous les pays la législation soit amendée ou étendue de manière à empêcher cet exercice illégal de la médecine sous quelque forme et quelque titre que se déguisent les pratiques psycho-thérapeutiques. »

Au mémoire de MM. Dupré et Rocher a fait suite une communication de M. le professeur S. Ottolenghi (de Sienne), ayant pour titre : Suggestion et crime.

L'auteur a exposé que la suggestion peut faire tomber des personnes crédules et superstitieuses en proie à de

dangereux malfaiteurs et qu'elle peut les entraîner à d'incroyables excès. Il cite le fait du sorcier Jennick, qui empoisonna une jeune fille sans défense pour la voler après l'avoir fascinée. Il cite ensuite le procès des complices d'Acciarito, où la déposition d'un groupe d'enfants n'était qu'un fruit de mensonge et de suggestion réciproque. Enfin il cite le procès de Cassina, dans lequel il s'est agi d'un jeune homme qui, suggestionné par son ancienne maîtresse, tua sa nouvelle maîtresse. La suggestion fut si clairement démontrée par l'expertise médicale, que l'accusé fut acquitté et la suggestionnatrice condamnée. La conclusion de l'auteur est, qu'on doit s'assurer de l'état mental de l'accusé dans le moment où il accomplit son crime et de son état mental ordinaire qui peut démontrer son développement psychique, le degré de suggestionnabilité, sa disposition à accepter et exécuter les suggestions criminelles. On tiendra compte des excuses que les codes établissent pour les états permanents et passagers d'altération de conscience et de volonté. La connaissance de ces faits permet de remonter au suggestionneur pour punir le coupable.

Une question très importante, la responsabilité des alcoolisés, a été soulevée; malheureusement l'exposé de la question se trouve, au compte rendu, simplement résumé dans les lignes suivantes que je cite textuellement :

« M. Sutherland (Edimbourg) donne lecture de son rapport sur la *responsabilité des alcoolisés auteurs de crimes*.

« La conclusion est la suivante : Scientifiquement comprise, l'intoxication alcoolique exclut toute idée d'intention et de préméditation criminelle.

« L'alcoolisé auteur d'un crime, s'il peut dans quelques cas être pleinement responsable de son intoxication, ne l'est pas dans d'autres : dans l'une ou l'autre hypothèse, il n'est pas responsable du crime qui en a été la conséquence, ou, s'il est responsable, il ne l'est que partiellement. »

M. Motet a pris la parole pour établir des distinctions qui sont de nature à modifier les conditions de la responsabilité chez les alcoolisés. L'ivresse, a dit M. Motet,

peut être légère, complète ou absolue. Elle peut être simple ou compliquée, pathologique.

L'ivresse simple volontaire doit être punie ; c'est un fait répréhensible. L'ivresse simple peut laisser à l'individu toute sa responsabilité.

Tout autre est l'ivresse pathologique. Les individus à organisation cérébrale défectueuse ont une véritable susceptibilité alcoolique. L'alcoolisme chronique crée des lésions cérébrales définitives. Il y a aussi l'alcoolisation accidentelle. Tel était le cas d'un jeune homme qui, grisé par les émanations alcooliques en mettant du vin en bouteilles, fut pris d'un véritable délire et frappa la première personne qui l'approcha. Il fut considéré comme irresponsable.

D'un autre côté, il y a les cas d'individus qui, connaissant l'action des boissons alcooliques sur leur système nerveux, boivent pour se donner l'appoint de détermination nécessaire pour le crime.

« En résumé, a dit M. Motet, et comme conclusions, nous croyons pouvoir dire que la responsabilité est nulle toutes les fois que le crime ou le délit appartient à la période *délirante* aiguë ou subaiguë d'un accès d'alcoolisme.

« La responsabilité est nulle encore lorsque le crime a été commis par un homme atteint d'alcoolisme chronique, chez lequel des lésions cérébrales définitives ont compromis l'intégrité de l'organe et déterminé le trouble de la fonction.

« La responsabilité peut être atténuée chez des individus faibles d'intelligence, chez lesquels la tolérance pour les boissons alcooliques est diminuée par les conditions d'infériorité de leur organisation cérébrale. Elle ne saurait disparaître tout entière, surtout si ces individus savent qu'ils ne peuvent pas boire sans danger pour eux-mêmes.

« La responsabilité peut être atténuée encore lorsqu'il est démontré que l'individu a été involontairement surpris par l'ivresse.

« Elle existe tout entière :

« Dans les cas d'ivresse simple qu'il était au pouvoir du délinquant d'éviter ;

« Lorsque l'excitation alcoolique a été recherchée

pour se donner l'entraînement à commettre un crime ou un délit. »

MM. Vhiat Johnson et G. Villeneuve (de Montréal) ont donné des renseignements sur l'enseignement de la médecine légale dans la province de Québec. La création de diplômes et certificats spéciaux pour les experts a été reconnue nécessaire par les Universités.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 22 JUILLET 1901

Présidence de M. JOFFROY

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre du secrétaire général du Congrès d'assistance familiale demandant à la Société de se faire représenter à ce Congrès qui se tiendra en octobre prochain. — Sont désignés comme délégués : MM. Antheaume, Briand, Sollier et Toulouse.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Die periodischen Geistesstörungen. Eine klinische Studie*, par le Dr Alexander Pilcz ;

2° *Travaux de la Faculté de médecine de Tokio*, fascicule I du tome V ;

3° *Bulletin de la Société française de tempérance*, numéro 6.

Rapport de candidature.

M. ANTHEAUME. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Paul Garnier, Seme-laïne et Antheaume, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de M. le Dr Wahl, au titre de membre correspondant de notre Société.

La tâche me sera facile, car notre confrère a déjà pris soin de se faire apprécier de beaucoup d'entre vous par sa laborieuse activité, témoin son excellente thèse inau-

gurale intitulée : *Etude sur la descendance des paralytiques généraux*, travail important qui, il y a deux ans, a été le point de départ, ici même, d'une série de discussions intéressantes sur cette question et qui a obtenu, au concours du Prix Moreau de Tours (1897), une mention très honorable.

Parmi les autres publications que M. Wahl a consacrées à la psychiatrie, je me contenterai de citer les suivantes : *Note sur un cas d'hydronéphrose méconnue chez un aliéné* (*Société anatomique*, 1898); *Du bleu de méthylène comme calmant chez les aliénés* (*Progrès médical*, 1899); *De la corde musculaire dans la mélancolie* (*Archives de Neurologie*, 1900); *A propos de l'éducation des enfants arriérés* (*Archives de Neurologie*, 1900); *Un nouveau cas de perversion génitale* (*Gazette des Hôpitaux*, 1901), etc.

Ces travaux témoignent chez leur auteur d'une activité scientifique qu'il y a lieu d'encourager, d'autant plus volontiers qu'elle s'exerce sur des sujets présentant un très réel intérêt.

Quand j'aurai complété ce court exposé en vous rappelant que M. Wahl a été nommé au concours successivement élève de l'Ecole de santé militaire de Lyon, externe des hôpitaux de Paris, interne des asiles de la Seine, et dernièrement médecin adjoint des asiles publics d'aliénés, qu'il a obtenu, pour l'excellence de ses services, une médaille d'argent du service de la vaccine et une médaille de bronze de l'Assistance publique, vous serez certainement d'accord avec votre commission pour donner à ce candidat une preuve de votre bienveillance en le nommant membre correspondant de la Société médico-psychologique.

M. Wahl est, à l'unanimité, nommé membre correspondant.

M. TOULOUSE fait un rapport oral sur la candidature de M. Ferrari, médecin de l'asile de Reggio-Emilia et rédacteur de la *Rivista sperimentale di freniatria*.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées, et M. Ferrari est élu membre associé étranger à l'unanimité des membres présents.

*L'hérédité du talent poétique. Rapport sur un travail
de M. Möbius.*

M. CHASLIN. — Messieurs, vous m'avez chargé d'analyser devant vous un travail que M. P.-J. Möbius nous a envoyé, sur « l'hérédité du talent poétique » (1). Je ne puis vraiment pas appeler ce que je vous présente, un rapport, car c'est extrêmement court : cela pourrait même se réduire à une phrase, pour ainsi dire, et cela tient tout uniment à ce que le travail de Möbius est très peu étendu. Si l'on voulait discuter les pourquoi de sa conclusion, on pourrait être entraîné fort loin ; mais je ne me sentirais pas compétent, d'autant plus que l'auteur ne me servirait pas de guide ; il ne donne aucune explication théorique de ce qu'il avance, il se borne à faire des constatations, ce qui est d'ailleurs beaucoup plus prudent lorsqu'il s'agit d'une question aussi épineuse que l'hérédité.

Donc, il s'agit de savoir si le talent poétique est héréditaire et comment. Tout d'abord, on peut se demander ce que c'est que le talent poétique. Est-ce l'art de faire des vers, seulement ? cela restreindrait singulièrement le champ de la poésie. Est-ce qu'un historien ou un philosophe ne peut être un poète, même en prose, et pour prendre l'exemple cité par Möbius, est-ce que Nietzsche n'a pas manifesté un grand talent de poète dans ses ouvrages ? On doit donc étendre le domaine de la poésie, ce qui lui donne déjà une place un peu spéciale au milieu des autres arts.

Il y a d'autres motifs encore pour la mettre ainsi à part.

Dans les différentes branches de l'art, on naît avec le don, on ne l'acquiert pas. On naît poète, on ne le devient pas. Möbius cite Galton (*Hereditary genius*) énumérant une série d'hommes célèbres qui ont manifesté leur talent d'une façon précoce. Je rappelle seulement le cas de Goldoni, le Molière italien, qui, à l'âge de huit ans, écrivit une comédie qui « étonna tout le

(1) P.-J. Möbius. *Über die Vererbung des dichterischen Talent.* Separatabdruck aus der « Umschau » (sans date).

monde ». Cependant le talent poétique est plutôt tardivement révélé, en général, comparativement aux autres. Il n'importe; il est bien congénital; malgré toutes les tentatives, l'éducation n'a jamais pu créer un poète sans vocation préalable. Mais de quelle façon fonctionne l'hérédité? Chez les mathématiciens, mécaniciens, musiciens, sculpteurs, l'hérédité est souvent semblable et est presque toujours d'origine *paternelle*. Chez les poètes, il est rare de voir une pareille chose. Lorsqu'on feuillette la table des matières d'une histoire littéraire, on trouve bien quelques noms répétés, mais ceux qui les portent sont *frères*.

Les très grands poètes comme Dante, Luther, Shakespeare, Goethe, Schiller, Bürger, Byron sont solitaires dans leur famille, ou du moins, si leur père ou leur fils a été poète, c'est à l'insu de tous. Mais alors il faut chercher chez la mère le germe du talent poétique qui se manifeste chez le fils? Effectivement. Les facultés intellectuelles de la mère ont pour le poète les plus grandes conséquences, quelquefois capitales. Et cela arrive aussi quand le poète est une femme. Möbius cite des cas de mères et de filles également douées et connues, ce qui n'arriverait jamais pour les autres talents artistiques.

Cela rapproche le poète non des artistes, mais des intelligences supérieures, c'est-à-dire douées de pénétration, de logique rigoureuse, etc. Chez les gens présentant une haute capacité intellectuelle, la mère est toujours une femme capable et les « fils de femmes bêtes sont toujours bêtes ». Cela s'entend évidemment des facultés et non des manifestations publiques que la mère peut faire de ses capacités; car elle peut être ignorante et en même temps d'une intelligence supérieure.

Je crois que nous tous, dans nos relations, nous avons pu faire souvent des constatations analogues, et que vous apprécierez avec moi la justesse et la portée des idées de P.-J. Möbius, que je viens d'avoir l'honneur de résumer devant vous.

Etat mental des aphasiques sensoriels.

M. VIGOUROUX. — A la dernière séance de la Société, j'ai eu l'honneur de vous communiquer l'observation d'un malade ayant présenté de l'aphasie sensorielle avec paraphasie, et à l'autopsie duquel j'ai trouvé un gliome cérébral siégeant dans le lobe sphénoïdal.

Je voudrais vous communiquer aujourd'hui deux nouvelles observations de malades actuellement dans mon service et présentant l'un de la surdité verbale presque pure, survenue au cours d'une intoxication chronique par l'alcool et l'absinthe, l'autre une aphasie sensorielle avec paraphasie survenue en pleine santé, à la suite de trois attaques convulsives.

OBS. I. — Chen..., entré à l'asile de Vaucluse en mars 1897, est âgé de soixante-quatre ans.

C'est un homme d'apparence robuste, bien constitué; son visage est régulier, et il ne porte pas de stigmate de dégénérescence.

La physionomie dénote l'indifférence avec une certaine expression de ruse ou de malice.

Les pupilles sont inégales, la pupille droite étant beaucoup plus grande.

Les réflexes pupillaires à la lumière et à la distance sont conservés.

La langue, animée de tremblements fibrillaires, n'est pas déviée lorsqu'elle est projetée hors des arcades dentaires.

Pas d'asymétrie faciale ni de déviation des traits.

Les artères sont nettement athéromateuses. Le cœur est hypertrophié; sa pointe bat dans le 5^e espace intercostal, mais très en dedans du mamelon. A l'auscultation, on entend un souffle au 2^e temps, à la base, indice d'une insuffisance aortique. Le malade se plaint de palpitations.

Le foie est plutôt petit, la rate un peu volumineuse. Les poumons sont normaux.

La vision est à peu près égale des deux côtés; il existe une presbytie qui exige l'emploi de lunettes pour la vision à courte distance. Pas de rétrécissement du champ visuel; pas d'hémioptie ni d'hémiachromatopsie.

L'absence d'hémioptie est mise en évidence par la position que prend le malade quand il lit ou écrit. Il ne tourne pas la tête à la façon des oiseaux pour fixer l'objet ou la lettre qu'on lui montre. Il regarde bien en face.

L'ouïe paraît normale, peut-être un peu affaiblie; mais le tic-tac d'une montre est nettement perçu à une distance de 40 centimètres des deux côtés.

L'olfaction, le goût et l'odorat paraissent normaux.

Pas de troubles de la motilité et de la sensibilité. Les réflexes patellaires sont très exagérés, les crémastériens conservés.

Ch... n'a pas d'antécédents héréditaires chargés : son père est mort à soixante-dix-huit ans de pneumonie; sa mère a succombé aux suites d'une hydropisie. Il n'a pas de frère ni de sœur.

Sa fille est bien portante.

Ses antécédents personnels sont moins bons : il a eu les fièvres paludéennes en Algérie, à l'âge de vingt-cinq ans, et en a souffert très longtemps, au dire de sa fille.

De plus, il a toujours fait de nombreux excès alcooliques et surtout d'absinthe : il buvait jusqu'à dix absinthes certains jours.

C'était un homme intelligent et très instruit, qui travaillait régulièrement comme employé aux écritures dans une compagnie de chemins de fer.

Vers 1893, il a eu des accidents d'alcoolisme aigu et même d'absinthisme : il avait le sommeil très agité avec des cauchemars, des réveils en sursaut, des pituites matinales, etc. Il se plaignait de douleurs de tête très violentes qu'il attribuait à une pile électrique qu'il aurait eue dans la tête; il manifestait des idées de persécution, mais avait conscience qu'il devenait malade. Enfin, il eut une crise de « delirium tremens », dit sa fille, pendant laquelle il eut des convulsions, de la contracture des membres, etc.

Depuis ce moment, il ne put continuer son travail à son bureau; il restait chez lui, le plus souvent couché.

Parlant bien et correctement, il s'occupait à lire et à écrire.

Trois ans plus tard, après une promenade par un grand froid, il rentra chez lui tout troublé, ne pouvant plus s'exprimer, ne pouvant écrire, ne comprenant pas ce qu'on lui disait ni ce qu'il lisait.

La mémoire s'affaiblit brusquement, et, d'un jour à l'autre, il tomba dans la démence et devint comme un enfant qu'il fallait diriger et surveiller.

Quinze jours plus tard (13 février 1897), il était arrêté sur la voie publique, dansant devant les voitures qui venaient sur lui et tenant des propos incohérents.

A l'admission de Sainte-Anne, M. le D^r Magnan fait le certificat suivant : Affaiblissement des facultés mentales avec hallucinations probables; soliloque, surdité verbale avec paraphasie.

Habitudes alcooliques anciennes. — Quinze jours après, M. le D^r Magnan constate le même état et signale la surdité verbale comme étant en voie de décroissance.

A l'asile de Vaucluse, il présenta d'abord des périodes d'excitation avec hallucinations visuelles; puis l'excitation devint plus rare et il tomba dans un état voisin de la démence, parlant seul, ramassant des saletés dans ses poches; très indifférent, il n'a pas conservé de sentiments affectifs et, dans les visites de sa fille, il s'intéresse surtout aux gourmandises qu'elle lui apporte et lui dit de partir quand il a fini de manger.

De temps en temps il a de courtes périodes d'agitation pendant lesquelles il se montre violent, puis il retombe dans son apathie.

Il se prête facilement à l'examen, et, dès le premier abord, la surdité verbale signalée par M. Magnan dès 1897 apparaît manifeste et absolue.

Surdité verbale. — Malgré la bonne volonté qu'il déploie, l'effort qu'il fait pour deviner les questions aux mouvements des lèvres, il est manifeste qu'il ne les comprend pas.

Il reconnaît son nom, mais ne peut répondre à aucune autre question, et ne peut exécuter aucun des ordres qu'on lui donne si la mimique ne le lui indique pas. Exemple : Q. — Quel âge avez-vous? R. — Ça va beaucoup mieux.

— Fermez les yeux. — Il tire la langue, etc.

Il a du reste conscience de son état, car au bout de quelques questions, il dit spontanément : « Je ne suis pas sourd, mais je ne comprends rien de ce que vous me dites; autrefois, j'étais comme tout le monde. C'est depuis que le chien m'a mordu, etc. »

Il revient à tous les interrogatoires sur l'histoire de sa morsure par un chien, morsure dont il ne porte pas de trace; il nous a été impossible de nous rendre compte si elle reposait sur une réalité ou sur une hallucination.

Amusie. — Il n'a pas d'amusie; il reconnaît facilement l'air de la *Marseillaise* sifflé ou chantonné, et le manifeste en le répétant et même en le chantant jusqu'au bout.

Cécité verbale. — Il ne présente pas de cécité proprement dite; il lit correctement et facilement les mots écrits ou imprimés qu'on lui met sous les yeux. Il répète tout haut ce qu'il vient de lire, et il comprend le sens des mots lus. Cependant, il présente à un degré avancé la perte de la mémoire de fixation sur laquelle a insisté M. le D^r Pitres, due à un trouble de la fixation des images mnésiques.

S'il lit toute une phrase d'un article de journal, par exemple, il ne manifeste pas qu'il en ait compris le sens.

Si, au contraire, on lui fait lire une phrase courte et simple, il la comprend et le manifeste.

Exemple : On lui fait lire la phrase suivante :

Chen... est un voleur. — Il la lit correctement et dit : « Un voleur, certainement; autrefois j'ai volé du charbon, etc. ». On lui fait lire : « Chen... veut-il une chique? » Il lit et ajoute : « Une chique, certainement; j'ai l'habitude de chiquer, c'est très bon, surtout après une absinthe, etc., etc. »

Si on complique la phrase et qu'on lui fasse lire :

« Allez prendre la chique sur la fenêtre », il lit, mais n'exécute pas l'ordre; il répète « Fenêtre », il la regarde et dit des choses peu cohérentes; et même en insistant et le faisant lire plusieurs fois, il n'a pu comprendre.

Par des questions courtes écrites, j'ai pu lui faire dire : qu'il était marié, le nom de sa femme, son régiment, sa batterie, sa garnison, etc. Mais dès que la question se complique, elle devient lettre morte pour lui.

Aphasie. — D'après les renseignements donnés par sa fille, il aurait eu quelques troubles de la parole après son attaque; il ne trouvait pas facilement le nom des objets qu'il voulait désigner, disait « prou » pour papier.

Mais cette aphasie motrice ne semble pas avoir duré bien longtemps, puisque quinze jours après, M. le Dr Magnan ne l'a pas signalée; et aujourd'hui, il n'en présente plus trace. Il prononce correctement tous les mots dont il se sert, et son vocabulaire paraît suffisamment riche. Il désigne d'une façon juste tous les objets que nous lui montrons; il ne présente ni aphasie ni paraphasie.

Nous avons déjà dit qu'il pouvait chanter et fredonner, en mesure et juste, les morceaux qu'il connaissait ou qu'on chantait devant lui. Entendant siffler la *Marseillaise*, il la chanta avec les paroles.

Agraphie. — Il ne présente pas d'agraphie bien nette. L'écriture spontanée est à peu près nulle; quand on le prie d'écrire, il se contente de signer, mais nous dit qu'il n'a rien à écrire.

L'écriture sous dictée est impossible par suite de la surdité verbale; l'écriture d'après copie est facile; il copie très facilement tout ce qu'on lui prépare, d'une écriture ferme et régulière. Il transforme en écriture cursive les modèles imprimés qu'on lui propose.

Calcul. — Il copie très facilement les chiffres et est capable de faire une addition de trois chiffres; mais il lui est impossible de faire une soustraction ou une multiplication. « Autrefois, je savais, dit-il, mais je ne sais plus. »

Il n'a ni cécité psychique ni surdité psychique; il reconnaît les objets qu'on lui montre et en indique l'usage; et si on approche de son oreille, sans la lui montrer, une montre, il en

reconnait très vite le tic tac, et nous dit que lui aussi avait une montre, qu'elle a été cassée, etc.

En résumé, nous avons affaire à un alcoolique chronique ayant présenté déjà un accident aigu de délire, qui, à la suite d'un ramollissement cérébral probable, a présenté de la surdité verbale. Quel est le siège de la lésion qui l'a produite? Est-ce de la poliencéphalite chronique, comme dans le cas de Sérieux, siégeant dans les lobes temporaux, ou une lésion sous-corticale?

Il est difficile de préciser le diagnostic anatomique.

A l'occasion de ce ramollissement, ou du moins à la même époque, il a eu une nouvelle crise d'alcoolisme aigu, caractérisée par de l'excitation maniaque avec des hallucinations visuelles. (Certificat de M. Taguet.)

Aujourd'hui, il est dans la démence; inconscient de sa situation et indifférent à tout ce qui se passe autour de lui, il ne parle spontanément que pour exprimer le regret de ne pouvoir avoir de l'absinthe, il espère sortir pour en avoir.

En dehors de ses périodes d'agitation, il est facile à diriger, très sensible à l'appât d'une gourmandise ou d'une chique.

Le souvenir des événements récents semble aboli, et, par les questions qu'on lui pose par écrit, il est plus facile de réveiller les souvenirs anciens.

Etant donnés l'athérome des artères et les antécédents alcooliques hautement avoués, l'affaiblissement intellectuel qui, trois ans avant l'apparition de la surdité verbale, l'avait contraint de quitter ses occupations, il ne semble pas que la surdité verbale ait beaucoup aggravé l'état démentiel où il se trouve.

C'est un dément devenu aphasique sensoriel, au même titre qu'il aurait pu devenir monoplégique. Sa surdité verbale rend plus délicate l'appréciation de sa déchéance intellectuelle; mais celle-ci est mise en évidence par sa physionomie, son attitude, sa conduite et ses réponses.

Ce cas peut être rapproché de l'observation I de la thèse de M. Lwoff (Etude des troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau), dans laquelle le malade présentant de l'aphasie sensorielle, cécité verbale avec hémipie droite, manifestait de l'affaiblissement

intellectuel, des troubles du caractère, de la diminution de l'attention et même des idées délirantes, liés à la lésion organique du cerveau, et n'ayant aucun rapport avec sa cécité verbale.

Il pourrait être aussi rapproché de l'observation si intéressante de M. Garnier, dans laquelle le malade, délirant chronique, devenant aphasique sensoriel et paraphasique, attribue les troubles de compréhension et d'expression aux artifices de ses persécuteurs.

Là encore, l'aphasie ne vient que compliquer un état mental antérieur. Et ces cas se distinguent de ceux dont je vais parler maintenant et où l'état mental est lié à l'aphasie elle-même.

OBS. II. — Tréz... est entré à l'asile le 1^{er} juin 1901; il était resté un mois en observation à l'admission de Sainte-Anne où M. le D^r Magnan a porté le certificat : Affaiblissement des facultés mentales avec aphasie, turbulence.

Il venait de l'hôpital Saint-Antoine, d'où il avait été transféré avec un certificat constatant l'aliénation mentale.

Tréz... est un enfant naturel; il n'a ni frère ni sœur; sa mère est morte à cinquante-trois ans après avoir été hémiplegique.

Marié depuis vingt et un ans, il a eu sept enfants, dont quatre sont morts en bas âge de congestion pulmonaire. Trois enfants sont vivants et bien portants.

Ses antécédents personnels sont mal connus; ses oreilles auraient été le siège d'un écoulement dans son jeune âge, et cet écoulement aurait reparu quelque temps avant sa maladie.

Successivement groom, garçon de restaurant, puis matelasier, c'était un homme intelligent, actif, et affectueux pour les siens.

Depuis dix ans, il avait cessé le métier de garçon de café parce qu'il avait la vue fatiguée le soir; il portait, en travaillant à son métier de matelasier, des lunettes de presbyte.

Il ne faisait pas d'excès régulier d'alcool, mais se grisait parfois, et il était très sensible à l'action de l'alcool, qui le rendait irritable.

Très bon travailleur, il faisait des commissions et des corvées.

Le 5 avril, il est allé décharger des meubles, et a couché dans un hangar par un très grand froid; le lendemain, il rentra dans l'après-midi, très rouge et se plaignant d'un violent mal de tête. Il se coucha, et à 10 heures du soir, il eut une crise con-

vulsive avec mouvements convulsifs dans les quatre membres, perte de connaissance et écume dans la bouche.

Il n'urina pas pendant la crise.

La crise dura dix minutes environ, et après il revint à lui et ne présenta aucun trouble de la parole.

Le 7 avril, il travailla toute la journée à faire des matelas avec sa femme; celle-ci remarqua qu'il était un peu troublé et qu'il perdait un peu la mémoire. Le soir, une fois couché, il ne dormait pas et remuait les bras comme s'il continuait son travail; il eut, à 1 heure, une crise semblable à celle de la veille, puis, deux heures après, une beaucoup plus forte, d'une durée d'une heure, avec perte de connaissance et convulsions généralisées.

Quand il revint à lui, il ne pouvait plus parler, mais n'avait pas de faiblesse d'un côté du corps.

Quelques jours après, il fut conduit à l'hôpital Lariboisière, où il resta quinze jours; de là, il fut transféré à Sainte-Anne.

Sa femme apprit que la raison de son transfert était qu'il avait voulu retourner chez lui et qu'il avait tenté de le faire sans vêtements.

Sa femme nous apprend, en outre, qu'il savait très bien lire écrire et compter. Il n'était pas gaucher.

Tréz... est un homme de quarante-deux ans environ, d'une taille moyenne (1^m60), bien proportionné. Son crâne ne présente rien d'anormal: la circonférence horizontale est de 56 centimètres; le diamètre antéro-postérieur maximum, de 190 millimètres; le diamètre transverse maximum, de 157 millimètres; l'indice céphalique est donc de 83, ce qui range notre malade parmi les brachycéphales.

La physionomie exprime l'intelligence; elle est vive, animée et très expressive.

Les pupilles sont égales, moyennement dilatees, et les réflexes pupillaires sont conservés. La vision est affaiblie; le malade est presbyte, et, déjà avant sa maladie, il avait coutume de se servir de lunettes. Il n'a pas d'hémiopie ni de rétrécissement du champ visuel; quand il regarde un objet ou qu'il cherche à lire, il regarde bien en face et ne tourne pas la tête; l'examen au campimètre confirme cette constatation.

L'ouïe est normale; le malade distingue parfaitement le tic tac d'une montre, et le plus léger bruit le fait retourner. Le goût et l'olfaction sont également normaux.

La langue n'est pas déviée et ne présente pas de tremblement fibrillaire.

La sensibilité générale est normale dans tous ses modes.

La pression par la main du dynamomètre donne 35 kil. à droite et 31 kil. à gauche.

La démarche est aisée; le malade ne fauche pas; il ne présente pas d'ataxie et se tient parfaitement sur l'une et l'autre jambe; il n'a pas de tremblement marqué des extrémités.

Les réflexes patellaires sont exagérés; les réflexes du tendon d'Achille sont conservés; les réflexes plantaires et crémastériens sont normaux.

L'auscultation du cœur et des poumons ne révèle rien d'anormal; les artères sont légèrement athéromateuses.

Les fonctions digestives s'accomplissent normalement.

L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

Surdité verbale. — Malgré l'intégrité de son audition, le malade est incapable de comprendre la plupart des mots prononcés devant lui; invité dès son arrivée à faire quelques mouvements: se lever, tirer la langue, fermer les yeux, soulever le pied, il n'accomplit pas les ordres qu'on lui donne si l'on a soin de ne pas faire de gestes confirmant l'ordre donné.

Cependant, il a toujours reconnu son nom propre; au bout de quelques jours, la surdité verbale s'est montrée moins intense, et un certain nombre de mots ont pu éveiller en lui les idées correspondantes. C'est ainsi que, si l'on ordonne au malade de lever le pied, il exécute aussitôt cet ordre; mais si, compliquant l'ordre, on lui dit de mettre le pied sur une chaise, il continuera à lever le pied et manifestera par ses gestes qu'il n'a pas compris la question.

Il comprend également un certain nombre de mots concernant sa demeure, son âge, sa profession; mais si, en employant les mêmes mots, on change le sens de la phrase habituelle, il est facile de se rendre compte qu'il ne s'est pas aperçu du changement de la question.

La surdité verbale porte également sur la langue bretonne que le malade a parlée dans son enfance.

Cette surdité verbale devient plus intense après un interrogatoire un peu prolongé qui fatigue le malade; certains mots, compris au début, ne semblent plus l'être alors.

Amusie. — Tréz... ne semble reconnaître aucun des airs qui autrefois ont dû lui être familiers: la *Marseillaise*, des marches militaires, sifflées et chantées devant lui, n'éveillent en lui aucun souvenir; il se rend compte que l'on siffle; il cherche à imiter et ne fait entendre que des sifflements sans aucun rythme.

Cécité verbale. — Tréz... est dans l'impossibilité de lire les mots manuscrits ou imprimés, bien que son acuité visuelle soit suffisante malgré sa presbytie et que, grâce à ses lunettes, il puisse distinguer les détails des objets. Il reconnaît son nom écrit, comme il le fait pour son nom prononcé à haute voix; mais les autres mots n'ont aucun sens pour lui.

Toutefois, il n'a pas de cécité littérale; il reconnaît les lettres et il les épelle presque correctement; nous verrons plus loin que lorsqu'on lui fait copier quelques mots imprimés, il transforme certaines lettres imprimées en lettres manuscrites. Exemple : Si on lui donne un ordre par écrit, tel que : « Levez-vous », que le mot soit manuscrit ou imprimé, il épelle chacune des lettres, mais ne comprend pas l'ordre donné. Si on écrit : « Tréz... est un voleur », il lit très vite son nom, qu'il reconnaît, épelle chaque lettre, mais ne comprend pas le sens de la phrase.

Il reconnaît les chiffres écrits et est capable de faire une addition très simple; il n'a pu faire aucune autre opération.

Il reconnaît les différentes couleurs et ne présente pas d'hémichromatopsie.

Tréz... ne présente pas l'aphasie optique de Freund; il reconnaît la plupart des objets à la vue seule; il en nomme un certain nombre, comme nous le verrons tout à l'heure; mais il ne trouve aucun secours dans les mémoires tactile, gustative et olfactive pour le réveil des images motrices d'articulation.

Cécité psychique. — Tréz... ne présente pas trace de cécité psychique; il reconnaît tous les objets usuels, et manifeste qu'il en comprend parfaitement l'usage, même lorsqu'il ne peut les nommer. Si on lui montre une allumette, il fait le geste de l'allumer. Il se rend très utile à l'infirmerie où il se trouve, en aidant les infirmiers d'une façon très judicieuse; il reconnaît les cartes à jouer, leur valeur respective, et est capable de jouer correctement à divers jeux; il joue aux boules, etc.

Il se conduit raisonnablement depuis qu'il est à l'asile, se rend très bien compte de l'endroit où il se trouve, et proteste par sa mimique de la persistance de sa raison.

Parole. — Les troubles de la parole que présente Tréz... sont très caractéristiques de son aphasie sensorielle; « c'est un verbeux, un loquace; son langage est incohérent ». (Déjerine.)

Dans la parole spontanée, pour exprimer ses idées, il accumule les mots en les détournant de leur sens, ce qui rend son langage absolument incompréhensible; seule sa mimique permet de reconnaître le sens de son discours. Il articule, du reste, correctement la plupart des mots qu'il prononce ainsi d'une façon incohérente, et dont un petit nombre seulement se rapportent à l'idée qu'il veut exprimer (le plus souvent sa sortie qu'il réclame) ou à l'objet qu'il veut désigner. C'est ainsi que, nous rencontrant un jour près de la cuisine, et portant du café chaud, il nous dit « qu'il venait du restaurant, chercher de l'absinthe ».

Spontanément, au sujet de sa sortie, il s'exprime incorrectement, mais de façon à se faire comprendre : « Ça va mieux, chez nous j'en ferai autant, je fais tout ici, là-bas la même

chose; on est bien ici, avec vous, mais je peux travailler», etc.

« J'ai rudement besoin de m'en aller, ça me rendrait le cœur de m'en aller, je pourrais travailler plus seul, il y a longtemps que je travaille pour le restaurant ici, je fais tout, n'importe quel.....», etc., etc.

Ces mots dits sans suite, mais avec l'intonation juste et la mimique appropriée, indiquent fort bien son désir de sortir.

Interrogé, il répond d'une façon longue, embrouillée, et souvent forge des mots incompréhensibles (jargonaphasie). Voici un exemple d'une conversation :

D. — Comment vous appelez-vous ?

R. — Henri Tréz...

D. — Quel âge avez-vous ?

R. — Tréz...

D. — Combien y a-t-il de temps que vous êtes ici ?

R. — Trois, ça fait cinq ; quarante jours ; ce n'est pas le sixième ; c'est le septième ; je croyais que c'était quarante ; — douze, ça fait vingt, ça fait quatorze, ça fait cinq.

D. — Etes-vous marié ?

R. — Je suis très bien ; ma femme et ma fille ; le grand, ma femme, nos petits garçons, moi et tout le monde.

D. — Avez-vous des enfants ?

R. — Une petite fille, un garçon ; ma petite femme ; je fais le cinquième ; c'est comme pour aller chercher le vin et tout ce qu'il faut.

D. — Quel âge a votre enfant ?

R. — Le grand, c'est la mère ; sa fille est plus grande ; elle est plus jeune ; ils sont tous les deux ; sa mère est plus grande.

D. — Quel âge a votre petit garçon ?

R. — Son petit garçon a cinq, onze ; ça fait cinq ans ; ça fait quinze ; elle les aura le douze.

Dès que les questions portent sur des idées plus générales, les réponses ne s'y rapportent plus du tout.

Aphasie amnésique. — Il ne peut évoquer l'image motrice du mot désignant l'objet qu'on lui montre. Il s'en rend compte et en le cherchant, dit : « Est-ce malheureux, autrefois je le savais si bien. » Puis des mots forgés surgissent : « gouette, allèle, etc. » Il ne semble pas se rendre compte s'ils s'appliquent ou non à l'objet, il nous regarde fixement pour se rendre compte s'il a dit juste. Il n'entend pas le mot qu'il prononce, et il ne paraît pas renseigné par les images motrices du mot prononcé.

Il ne peut nommer qu'un certain nombre d'objets qu'il reconnaît fort bien ; pour les autres objets, ou bien il répète le nom qu'il vient de prononcer (intoxication par le mot), ou bien il forge un mot nouveau. Exemple : On lui montre une cigarette ; il la reconnaît très bien et la nomme cigarette ; on lui montre

successivement une allumette, un porte-plume : il répétera cigarette. On lui montre un chapeau : il dit « ma casqualette, mon petit ; on le dit tous les jours ; ma blouse, mon pantalon, etc. ». On lui montre une allumette ; il dit : « alléguette, allèle, aiguillette ; dire que je sais tout ; je m'en sers tous les jours ; c'est une gouette ; j'en prends assez souvent ».

La paraphrasie se manifeste à la lecture à haute voix ; invité à lire le mot *allumette*, il prononce « alleyetete », et de *Manufacture de l'Etat*, il fait « matiri canaret ».

Il semble ne se rendre compte de l'inexactitude du mot qu'il prononce que par notre mimique, et quand, par exemple, il désigne son *chaparu* sous le nom de pantalon, il paraît satisfait de l'expression employée.

Invité à répéter les mots prononcés devant lui, il le fait très mal, quelque soin qu'il mette à écouter et à regarder le mouvement des lèvres ; prié de répéter la liste des nombres prononcés devant lui, il prononce les mots suivants :

Quatre.. . . .	Un grand.
Cinq.	Ciu.
Sept.	Dix.
Sept.	Dique, Desereu.
Cinq.	Peu, cinq.
Six.. . . .	Trois, six.
Sept.	Six, huit.
Neuf.	Naou.
Dix.	Dique.
Onze	Neuf, onze.
Douze.. . . .	Douze.
Treize.. . . .	Trois, quatre, deux, quatorze.
Vingt-cinq. . . .	Cinq, oui, vingt-cinq.
Vingt-six.. . . .	No, dique, onze cent dix.

Au bout de quelque temps, il put dire de lui-même la série des nombres comme automatiquement ; mais, s'il se trompait, dans le chiffre des dizaines, il ne s'en rendait aucun compte. Exemple : 45, 46, 47, — 38, 39, 40, 41, 42, 53, 54.

Il dit bien seul d'une façon automatique la série des chiffres, mais il n'a pu répéter la prière.

Amusie motrice. — De même que Tréz... ne peut reconnaître les airs, il ne peut en chanter ni en siffler aucun ; il se borne à émettre des sifflements aigus sans aucun sens musical.

Agraphie. — L'écriture spontanée est impossible ; quoi qu'on lui demande d'écrire, le malade n'écrit que son nom.

Etant donnée la surdité verbale, il ne peut être question de l'écriture sous dictée.

L'écriture d'après copie est possible ; il copie mécaniquement et servilement, sans que l'image motrice éveille en lui aucune idée, pas plus que l'image visuelle ou auditive ; il copie servilement les mots sans se rendre compte du sens ; il est donc possible de lui faire copier tout ce que l'on veut sans qu'il puisse s'en rendre compte ; c'est ainsi que nous avons pu avoir de lui quelques lignes par lesquelles il déshérite sa famille à notre profit ; cette pièce est datée, signée et paraphée.

Il copie en lettres imprimées ou manuscrites les modèles, qui lui sont proposés : toutefois, n'ayant pas de cécité littérale, il lui arrive de reproduire en écriture cursive les lettres écrites en imprimé dans le modèle.

Avec des lettres séparées qu'on lui demande de réunir, il reconstitue facilement son nom ; mais il est dans l'impossibilité de reconstituer les lettres qui forment un mot qu'il vient de prononcer correctement.

Mimique. — La mimique est conservée, très vive et très animée ; c'est par elle que Tréz... se fait comprendre et il y arrive très suffisamment ; il comprend également très bien la mimique des autres et arrive de cette façon à deviner ce qu'on lui demande.

Nous avons déjà dit qu'il vivait à l'infirmerie où il rend de nombreux services ; il s'occupe des malades, les soigne, les dirige même ; ce n'est que lorsqu'il veut leur donner des ordres oraux qui ne sont pas compris qu'il se met parfois en colère. En dehors des moments de travail, il joue avec entrain.

Son caractère est plutôt gai ; il n'est ni irritable ni émotif comme le sont d'ordinaire les porteurs de lésions circonscrites du cerveau ; il demande sa sortie avec instance et nous fait comprendre qu'il pourrait aussi bien travailler au dehors qu'ici et qu'il désirerait vivre avec les siens ; rien dans son attitude, dans sa conduite et dans sa mimique ne décèle d'idées délirantes de mélancolie ou de persécution, et rien non plus dans les occupations peu compliquées qu'il accomplit ne décèle une déchéance mentale accentuée.

Depuis son entrée du reste, il semble que son aphasie sensorielle se soit améliorée, qu'il comprenne plus facilement et qu'il ait acquis un certain nombre de mots dont il se sert avec plus d'à-propos. Notons toutefois que, par la fatigue, les progrès apparents qu'il a faits disparaissent, et qu'après un interrogatoire un peu prolongé les symptômes décrits plus haut reparaissent.

Dans cette seconde observation, tout le désordre mental actuel semble résider dans l'aphasie sensorielle et la paraphasie que présente le malade.

L'observation la plus minutieuse depuis plus d'un mois ne m'a pas permis de déceler un trouble délirant ni une déchéance intellectuelle bien marquée, ni même des troubles du caractère si communs chez les porteurs de lésions circonscrites du cerveau.

Il est permis de supposer que la lésion (ramollissement probable) qui a produit ces troubles siège dans la zone du langage, au niveau du pli courbe et de la partie postérieure de la 1^{re} et 2^e temporale gauche, et qu'elle est limitée.

L'absence d'hémiopie indique, d'après M. Déjerine, que la lésion n'a pas franchi la corticalité pour couper les fibres blanches sous-jacentes, radiations optiques de Gratiolet, qui unissent la scissure calcarine (centre de la vision générale) à la courbe optique et au corps genouillé interne.

Il est certain que l'appréciation de l'état intellectuel d'un aphasique sensoriel est difficile.

M. Briand a fait à la dernière séance la juste remarque qu'elle était plus délicate encore dans les questions d'ordre médico-légal : interdiction, testament, etc.

A ce propos, j'insisterai sur un danger particulier présenté par les agraphiques à ce point de vue ; nous avons vu, en effet, que Tréz... recopiait les modèles qu'on lui mettait sous les yeux, sans savoir ce qu'il écrivait. Il est donc possible de leur faire faire des testaments, des donations, etc., le tout écrit de leur main, signé et daté.

Leur aphasie sensorielle les met donc dans un état d'infériorité sociale et ils ont besoin d'aide et de protection.

Cette observation, où le trouble mental semble uniquement dû à l'aphasie sensorielle, me paraît devoir être rapprochée de celles qui ont déjà été publiées par Baillarger, Magnan, Séglas, etc.

Baillarger, le premier, dans son étude sur l'aphasie au point de vue psychologique, a cité l'observation d'une femme atteinte de surdité verbale et de paraphasie ayant conscience de sa situation et s'en affligeant : « La perversion du langage était si grande chez cette malade qu'on la crut sourde et aliénée. La question de la surdité a été facile à juger, mais il n'en a pas été de

même de celle de l'aliénation. La folie, comme on l'a dit, est une infortune qui s'ignore elle-même. Or, ce caractère essentiel manque chez notre malade, qui semble apprécier très bien son état et ne se livre d'ailleurs à aucun acte déraisonnable. »

Le fait de la conservation de la conscience ne nous paraît pas aujourd'hui un critérium suffisant pour juger de l'état de raison, les folies avec conscience étant choses bien connues. Il ne reste donc, dans ce cas, que l'appréciation de la conduite du malade. Baïllarger ajoute que dans d'autres faits similaires, on a pu se convaincre que la raison était intacte par les écrits des malades qui, bien qu'incohérents en paroles, peuvent exprimer normalement leur pensée par écrit. On sait que malheureusement, le plus souvent, l'agraphie accompagne les différentes formes d'aphasie.

M. Magnan, à la Société de Biologie, en 1879, cite des malades qui, tout en paraissant suivre une série d'idées, ont perdu le souvenir des signes conventionnels qui les expriment et traduisent leur langage intérieur par un verbiage incohérent.

Il distingue l'incohérence produite par des désordres anatomiques qui viennent brutalement briser le jeu des fonctions du langage, incohérence qui ne réside que dans la formule verbale de l'idée et non dans la pensée elle-même, des incohérences de langage qui ne sont que l'expression du désordre profond de la pensée.

M. le Dr Paul Garnier cite dans la *Revue générale de Médecine*, 1889, une observation très intéressante d'une malade, Marguerite L..., atteinte de cécité et de surdité verbales, avec paraphasie et agraphie. Cette femme, qui avait eu des attaques apoplectiformes, vaquait aux soins du ménage et se conduisait raisonnablement. Elle fut arrêtée dans la rue un jour que, sortie pour faire des provisions, elle se fit remarquer par l'incohérence de son langage; elle n'avait pu donner ni son nom ni son adresse et n'avait pu répondre que par un bavardage inintelligible aux questions les plus simples. Amenée au Dépôt, elle continua à prouver par le caractère raisonnable de ses actes et de sa manière d'être qu'elle jouissait de son intelligence et fut rendue à sa famille.

Dans un autre cas, M. Garnier fit conduire à l'hôpital

une autre malade du même genre, M^{me} J..., qu'il ne considérerait pas comme aliénée. « De telles infirmes du langage, dit M. Garnier, se trouvent, au point de vue de la communication des idées et des échanges incessants que comportent les nécessités de la vie courante, dans des conditions particulièrement difficiles qui les isolent en quelque sorte et les relèguent dans une infériorité marquée. Ils ont besoin d'aide et de protection aussi bien que de soins, et, à défaut de famille, c'est l'hôpital qui leur convient. »

M. Séglas, dans une étude remarquable sur les troubles du langage chez les aliénés, insiste sur la difficulté de ce diagnostic. Il cite le cas très intéressant d'une dame de cinquante ans, soignée par lui plusieurs années auparavant pour un accès de mélancolie anxieuse, qui, devenue aphasique et présentant de la surdité verbale, se présenta à lui avec toutes les apparences d'un nouvel accès de mélancolie anxieuse, dans un état d'anxiété profonde, poussant des soupirs et répétant toujours la même phrase. Cette dame n'était cependant pas aliénée elle n'était qu'aphasique sensorielle.

Enfin, M. Charpentier a étudié les cas de paraphasie simulant la démence, et il croit que dans les vieux chroniques des asiles, à incohérence apparente, se trouvent des paraphasiques ne comprenant pas ce qu'ils disent, mais sachant bien ce qu'ils veulent dire.

L'aphasie sensorielle simule donc le plus souvent la démence incohérente; mais elle peut aussi être confondue avec la mélancolie anxieuse; dans une observation de Gilles de la Tourette citée par M. Séglas, elle a pu simuler la coprolalie.

Si donc l'aphasie sensorielle peut accompagner différents états mentaux ou être accompagnée par eux, — car de même qu'un aphasique sensoriel peut devenir dément ou aliéné, un dément ou un aliéné peut devenir aphasique sensoriel, — il est des cas où elle constitue à elle seule tout le désordre mental.

La valeur intellectuelle d'un aphasique sensoriel est très difficile à apprécier, encore plus que celle des aphasiques moteurs, et on sait combien cette dernière a été diversement jugée. Lasègue, Falret et Trousseau ont montré que la déchéance intellectuelle des aphasiques

moteurs était toujours plus grande qu'un examen superficiel pouvait le faire supposer. MM. Déjerine et Thomas, dans ces dernières années, ont mis en évidence des troubles latents, et M. Pitres, dans son étude sur l'aphasie amnésique, montre que chez tous il y a perte de la mémoire de fixation, consistant en l'impuissance d'acquérir des notions nouvelles : des aphasiques lisent toujours la même page d'un livre, ne pouvant répéter à une heure d'intervalle un mot qu'on vient de leur apprendre.

Les aphasiques sensoriels semblent, *a priori*, plus touchés dans leur intelligence, puisque la lésion détruit les images sensorielles des mots les plus anciennes, et que la perte simultanée de l'audition, de la lecture, de l'écriture, et souvent de la parole, les prive de tout commerce avec leurs semblables. On les a comparés tour à tour à des sourds-muets intelligents, à des étrangers ne parlant pas la langue du pays où il se trouvent, avec cette aggravation que lorsqu'il y a de la paraphasie, le malade parle d'une façon incohérente et ne s'en rend pas compte. Le malade reste avec ses acquisitions antérieures et ne peut plus rien acquérir; il ne comprend que la mimique et ne se fait comprendre que par elle.

Le langage intérieur est très troublé; il ne peut plus s'effectuer avec les images auditives, visuelles ou motrices des mots, comme il se fait normalement. Les aphasiques sensoriels avec paraphasie doivent penser avec des images d'objet, tant qu'ils n'ont pas de cécité psychique.

M. le D^r Déjerine déclare avoir connu des aphasiques sensoriels dont les idées étaient normales et capables de se tenir au courant de leurs affaires et de les surveiller. Les observations de M. Garnier et les miennes ont trait à des malades qui, par leur manière d'être et par le caractère raisonnable de leurs actes, prouvent qu'ils jouissent de leur intelligence.

Enfin, dans l'auto-observation du professeur Lordat, cité par Trousseau, ce professeur a constaté sur lui-même ce fait capital que, privé de toute mémoire des mots, de la faculté de communiquer sa pensée au dehors et par la parole ou par l'écriture, il pouvait combiner des idées sans songer à leur expression et disposer avec facilité les divers éléments d'une leçon.

Toutefois, il semble généralement admis, et c'est l'opinion de M. le D^r Gombault, qui a observé de nombreux cas d'aphasie sensorielle à l'hospice d'Ivry (communication orale), que les aphasiques sensoriels sont plus affaiblis intellectuellement que les aphasiques moteurs, ou du moins qu'ils versent plus facilement dans la démence.

Bien qu'il soit facile de comprendre qu'il ne peut y avoir de règle générale et que la déchéance intellectuelle de l'aphasique sensoriel doit varier avec l'étendue de la lésion, son retentissement plus ou moins grand sur les régions voisines, l'état des artères, etc., peut-être y a-t-il, dans la localisation de la lésion dans le cerveau antérieur ou postérieur, une raison de développement plus fréquent des troubles intellectuels.

M. BLIN. — J'ai eu l'occasion de voir le malade de M. Vigouroux. J'ai été frappé aussi de sa mine intelligente. Je n'ai aucun doute que sa place n'était pas dans un asile d'aliénés, mais dans un hospice de vieillards. Quand il a à entrer en rapports avec d'autres personnes autrement que par la parole, il montre qu'il comprend très bien. Chez cet individu qui est Breton, et qui a parlé breton avant de parler français, on retrouve fréquemment des mots bretons, conformément à la loi qui veut que ce soit la langue première qui persiste le plus longtemps.

M. BRIAND. — Je voudrais montrer les difficultés soulevées par ces aphasies au point de vue médico-légal, particulièrement dans les testaments écrits par des aphasiques. J'ai eu l'occasion de voir un testament écrit par un homme considéré comme dément. Beaucoup de mots étaient incomplets ou l'un était remplacé par un autre. Mais on pouvait cependant très bien voir sa pensée. Les magistrats n'en considérèrent pas moins ce testament comme non valable.

Je crois que beaucoup de déments ne sont ainsi que des paraphasiques et c'est justement ceux-là que le public regarde comme les plus fous. Cette question mériterait d'être remise à l'étude de la Société : l'état mental des aphasiques.

M. VIGOUROUX. — Je ferai observer que notre malade était agraphique, mais pouvait recopier tout ce qu'on

voulait. Or, au point de vue médico-légal, on aurait pu lui faire faire tous les actes, donations, legs, ce qu'on aurait voulu.

M. JOFFROY. — Dans vos observations vous avez dit : Ce malade n'avait pas d'hémiopie. J'aurais aimé que vous donniez des renseignements plus précis sur ce point. Cette question, en effet, est très importante. Bien des fois j'ai été embarrassé sur ce point chez des aphasiques sensoriels. J'ai vu des ophtalmologistes, comme M. Parinaud, ne pouvoir la résoudre.

M. VIGOUROUX. — En dehors de l'examen campimétrique que j'ai pu faire chez le second malade, je me suis borné chez le premier à voir si le malade en lisant mettait son livre en face ou de côté comme font les hémiopiques.

La séance est levée à 6 heures.

PAUL SOLLIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

ANNÉE 1900.

I. — *Recherches cliniques et expérimentales sur l'électrification crânienne et cérébrale*; par M. François-Franck, en collaboration avec M. Mendelsohn (séance du 5 février). — Les auteurs résument leur travail sous forme de propositions dont nous allons analyser les principales :

1° Le cerveau est accessible au courant électrique (galvanique) appliqué sur la voûte crânienne. Ceci résulte des expériences directes et des phénomènes observés pendant le passage du courant (vertiges, nausées, vomissements, troubles sensoriels, obnubilation de la pensée).

2° Néanmoins, l'intensité des courants employés est insuffisante pour agir sur la zone motrice et produire des phénomènes moteurs.

3° Les effets physiologiques de la galvanisation cérébrale ne sont pas produits directement par l'irritation de la substance du cerveau, mais par l'intermédiaire des vaso-moteurs.

4° De toutes les actions réelles ou hypothétiques (excitante, électrolytique, électro-endosmotique, catalytique, etc.) que l'on attribue à la galvanisation cérébrale, la seule qui soit basée sur des faits positifs est l'action de l'électrification céphalique sur la circulation du cerveau.

5° D'ailleurs, les effets thérapeutiques de la galvanisation cérébrale sont très discutables sinon nuls. Par contre, la méthode est dangereuse et doit être abandonnée.

II. — *Le cas de Vacher, état mental, criminalité, responsabilité, examen du cerveau*; par M. J.-V. Laborde (séance du 20 mars). — Pour l'auteur de cette communication, Vacher constitue le type du fou criminel, et les résultats de son enquête ne laisseraient aucun doute sur la réalité « d'un état d'aliéna-

tion mentale, de dégénération héréditaire, constitutionnelle, état caractérisé par un délire maniaque, avec prédominance mélancolique, idées mystiques et de persécution, impulsion suicide et surtout homicide, dépravation sadique et inversive ». M. Laborde discute le rapport des experts qui ont déclaré Vacher responsable; rappelant ses antécédents héréditaires et personnels, il voit une liaison, un enchaînement indéniable entre l'état d'âme antérieur du sujet et les forfaits commis, à ce point qu'il est impossible de ne pas subordonner à cette cause d'origine leur accomplissement.

Passant à l'examen des actes, il constate qu'ils sont stéréotypés et coulés pour ainsi dire dans le même moule de préméditation, de systématisation, de perpétration, et il y voit le syndrome de la folie impulsive à peu près tel qu'on l'observe chez le *pyromaniaque vrai*.

Quant au cerveau de Vacher, un examen attentif n'y décèle pas d'anomalies véritables, mais quelques particularités morphologiques intéressantes : développement relatif de la région frontale et en particulier de la troisième circonvolution, dont la morphologie rappelle celle de Gambetta; développement exceptionnel des circonvolutions rolandiques et du lobule quadrilatère; développement également très marqué de la deuxième pariétale, tandis que les circonvolutions temporales se présentent avec un développement moyen... Les grands orateurs et les grands criminels se rencontrent, ce qui signifie, d'après M. Laborde, « qu'une simple *déviatio fonctionnelle* est capable d'engendrer un grand assassin, lequel eût pu être, selon les circonstances, un grand orateur et un grand citoyen ».

III. — *De la répartition géographique actuelle du goitre en France*; par M. Antonin Poncet, correspondant national, et M. Lucien Mayet, interne des hôpitaux de Lyon (séance du 12 juin). — L'étude de chacun des départements où sévit l'endémie du goitre a montré aux auteurs de cette communication que, dans certains de ces départements, le coefficient de la fréquence du goitre avait subi de profondes modifications. Le goitre a augmenté de fréquence surtout dans la Haute-Savoie, les Landes, l'Orne, la Sarthe, la Mayenne, la Haute-Saône, le Gard, l'Hérault, la Vendée, les Deux-Sèvres, etc.

Il a diminué dans un grand nombre de départements, surtout les suivants : Hautes-Alpes, Basses-Alpes, Hautes-Pyrénées, Ardèche, Loire, Rhône, Isère, Oise, Ardennes, Haute-Marne, Côte-d'Or, etc.

Le détail des variations de l'endémie du goitre échappe et on ne peut donner des conclusions fermes que pour la totalité, savoir : les régions où le goitre se rencontre avec une certaine fréquence ne se sont pas sensiblement déplacées dans l'espace d'un siècle ; la surface occupée par l'endémie paraît avoir diminué d'étendue, cela depuis cinquante ans ; si, dans quelques départements, la fréquence du goitre a augmenté, elle a, d'une façon indéniable diminué pour l'ensemble de la France.

Baillarger évaluait le nombre des goitreux à 500.000 ; les auteurs ont obtenu le chiffre de 370.000 à 400.000.

Ces chiffres sont un minimum certainement beaucoup au-dessous de la réalité.

Quant aux relations de fréquence du goitre et du crétinisme, il n'existe aucun document permettant seulement de les soupçonner.

IV. — *La pathogénie de la pellagre* ; par M. V. Babes, correspondant étranger (séance du 31 juillet). — Tandis que la pellagre a presque disparu du territoire de la France, elle fait encore des ravages en Italie et elle augmente en Roumanie, où elle atteint 20.000 individus. Ce sont les districts minés de misère, d'alcoolisme, de malaria et de syphilis qui donnent le plus fort contingent de malades.

D'après les observations de l'auteur : 1° les pellagres se nourrissent exactement de la même manière et du même maïs que le reste de la population, ce qui prouve que la nourriture seule ne produit pas la maladie ; 2° si on y regarde de près, on constate que la maladie fait une sélection assez soignée en s'attachant aux gens portant des tares de dégénérescence héréditaire ou acquise, aux descendants des alcooliques, des pellagres, des syphilitiques.

En résumé, la pellagre se manifeste, en premier lieu, chez des individus prédisposés par la dégénérescence et par l'alcoolisme et qui se nourrissent exclusivement avec du maïs plus ou moins gâté.

Le maïs, le meilleur aliment complet, renferme une très petite quantité de substance toxique ; mais le maïs gâté renferme cette substance en bien plus grande quantité, de sorte que les débilisés, à ne manger que du bon maïs, peuvent être intoxiqués à la longue.

Cette toxine agit surtout sur le système nerveux.

Outre les symptômes bien connus, on constate dans la moitié des cas une périnévrite, de même qu'une névrite parenchy-

mateuse suivie de sclérose au niveau des racines postérieures et dans les faisceaux ascendants de la moelle. Les lésions des cordons postérieurs sont plus diffuses que dans le tabes. Le faisceau pyramidal n'est dégénéré que dans une partie des cas. L'auteur a surtout étudié les lésions de la substance grise : zones embryonnaires et scléroses périvasculaires dans les cornes postérieures; cellules des colonnes de Clarke altérées, tuméfiées, souvent sans noyaux; granuleuses, pigmentées avec disparition de la substance chromatique. Le cerveau est toujours altéré dans les cas mortels de pellagre. L'auteur décrit en détail ces lésions qui atteignent surtout les vaisseaux et les grandes cellules pyramidales.

En faisant des expériences sur les animaux à l'aide des toxines extraites du maïs, l'auteur a reproduit certains symptômes qui rappellent ceux de la maladie humaine. M. Babes est allé plus loin, il a voulu démontrer le rapport de spécificité supposé exister entre la pellagre et l'intoxication maïdique en partant de l'hypothèse suivante : « Si les produits toxiques du maïs qui déterminent des lésions chez les animaux sont les mêmes que ceux qui produisent la pellagre, il serait possible que le sang des pellagreaux guéris puisse avoir des propriétés antitoxiques seulement contre ces toxines. »

Prenant, du sérum d'une femme guérie d'une manie pellagreuse, ainsi que d'un homme guéri de cette cachexie, il l'injecta mélangé à la toxine; et pendant que les animaux injectés aux extraits simples mouraient du neuvième au vingtième jour, ceux qui étaient injectés au mélange vivaient trente-deux, soixante jours ou survivaient définitivement.

Il se forme donc dans le sang des pellagreaux une substance qui a la propriété de supprimer l'action toxique du maïs altéré. En se basant sur ces expériences, on devrait trouver des moyens spécifiques pour prévenir et pour combattre la pellagre.

V. — *La fonction menstruelle et le rut des animaux; rôle de l'arsenic dans l'économie*; par M. Armand Gautier (séance du 7 août). — Cette communication du plus haut intérêt général repose sur cette idée principale :

Le sang normal ne contient pas d'arsenic, ni d'iode, bien que la thyroïde en contienne à l'état normal. Or, on en trouve dans le sang menstruel; il faut en conclure que ce flux a pour origine et pour raison d'être une sorte de déplétion des principes richement phosphorés de l'économie (dont l'arsenic et l'iode font partie), et tout particulièrement de ceux qui sont élaborés

par la thyroïde. Les cheveux, poils et ongles, qui croissent avec plus d'abondance sous l'influence du traitement arsenical, sont précisément, avec la thyroïde, les organes les plus riches en arsenic et en iode. Après avoir été élaborées par la thyroïde, ces nucléoprotéïdes spécifiques sont en tout temps entraînées dans les lymphatiques et versées dans le sang pour y jouer le rôle d'excitants de la vitalité et de la reproduction des cellules, nourrir la peau et ses appendices, toujours arsenicaux; mais chaque mois leur excédent passe dans les menstrues pour être rejeté au dehors.

Ainsi se trouve prouvée la relation de ces trois fonctions, thyroïdienne, cutanée et génitale, sinon le mécanisme qui les relie. L'étude attentive des faits physiologiques et pathologiques déjà connus et que l'auteur rappelle en détail confirme ces vues expérimentales.

VI. — *Critique de la théorie dite physiologique des émotions*; par M. François-Franck (séance du 14 août). — Dans la conception courante du mécanisme des actes émotifs dite *conception idéaliste de Herbart*, le cerveau impressionné réagit sans avoir besoin d'une assistance étrangère à lui-même et commande à tous les actes qui dérivent de l'impression première.

Grâce au concours de la physiologie, la psychologie actuelle a, en quelque sorte, renversé les termes de cette conception classique et a fait de l'un des phénomènes organiques qui accompagnent l'émotion, le trouble circulatoire momentané qui lui est associé, le rouage principal de toute la série; et le cerveau est devenu, dans ses actes les plus délicats, le serviteur de changements massifs qui peuvent s'opérer dans la circulation générale; ce n'est plus qu'un organe passif subissant sans résistance le contre-coup des variations de la pression artérielle. C'est la *conception physiologique des émotions*, celle de James et de Lange, adoptée par les plus autorisés des psychologues actuels.

M. François-Franck n'accepte pas cette déchéance du cerveau, et il montre que les arguments invoqués à l'appui de la théorie physiologique des émotions n'ont pas la valeur que Lange leur attribue. Ainsi Lange, invoquant l'anémie mécanique du cerveau produite par la compression des carotides et les effets de dépression psychique et motrice qui en résultent, les rapproche des états émotifs (terreur) dans lesquels les vaisseaux périphériques relâchés s'emplissent de sang aux dépens de la circulation cérébrale. On pourrait tout aussi bien rappor-

ter au cœur, ralenti ou irrité sous l'influence d'un choc cérébral violent, l'anémie aiguë du cerveau avec toutes ses conséquences, et défendre aussi aisément une théorie cardiaque qu'une théorie vaso-motrice de l'émotion à caractère dépressif.

A l'appui de sa conception mécanique des émotions à caractère actif, expansif (joie, colère), Lange invoque les observations de A. Cooper et de Mosso, qui montrent la congestion du cerveau sous l'influence des émotions. Mais cette turgescence de l'organe n'est pas le résultat d'une vaso-constriction s'opérant dans une autre partie de l'organisme; c'est un phénomène de vaso-dilatation locale en rapport avec la mise en jeu de l'élément actif de l'organe et nullement subordonnée à une poussée artérielle de provenance étrangère. L'interprétation de Lange n'a pas même la vraisemblance pour elle, et ici encore on pourrait tout aussi bien substituer la conception *cardiaque* à la conception *vaso-motrice*, tout le monde étant d'accord sur ce point que certaines émotions surexcitent l'activité cardiaque.

Le cerveau jouit d'un grand nombre de moyens de défense contre les excès de la pression sanguine; il y a plus, il peut, comme une glande, subir une congestion physiologique réglée par des organes nerveux spéciaux, et, au lieu d'un phénomène massif étendu à la totalité de l'organe, il ne se produit que des actes congestifs localisés et adaptés.

Il est presque démontré, d'ailleurs, à l'heure actuelle (expériences de Jonnesco et Floresco) qu'il existe pour le cerveau des vaso-dilatateurs corticaux. De même Lange se trompe quand il attribue à des troubles circulatoires congestifs les manifestations cérébrales violentes ou dépressives analogues à la colère ou à la tristesse, qui suivent l'ingestion de l'alcool ou d'autres substances; il s'agit d'une action directe due au poison sur l'élément nerveux lui-même.

Les expériences de l'auteur démontrent l'identité des modifications circulatoires dans les trois conditions : *excitation émotionnelle*; *excitation directe du cerveau*; *excitation des nerfs sensibles*. Sous chacune de ces trois influences, les vaisseaux se dilatent dans les muscles et dans la peau et se resserrent dans les viscères abdominaux et dans les poumons. Parfois la réaction est inverse.

Dans les deux cas, l'examen direct des changements de volume du cerveau établit la parfaite indépendance de la circulation générale; on peut dire que toute excitation émotionnelle, céré-

brale directe ou sensitive générale, produit la congestion active du cerveau.

Or, cette congestion du cerveau précède toujours l'élévation de la pression artérielle ; elle ne peut donc lui être subordonnée.

S'il fallait enfin une preuve décisive de l'indépendance du cerveau par rapport aux variations émotives de la circulation générale, on la trouverait dans les effets des excitations localisées à la zone motrice du cerveau des animaux supérieurs.

On arrive ainsi à produire des réactions émotives suffisamment caractérisées (peur, colère, attention) qui ne peuvent pas le moins du monde être considérées comme la conséquence d'un état circulatoire général.

VII. — *Hémorragies névropathiques des organes génito-urinaires. Hématuries* ; par M. E. Lancereaux (séance du 21 août. — M. Lancereaux s'élève contre l'opinion qui veut que toutes les hématuries soient symptomatiques et relèvent d'une cause générale toxique ou infectieuse.

Pour lui, il existe une classe d'hématuries indépendantes de tout désordre anatomique de l'appareil urinaire et entièrement subordonnées à un trouble du système nerveux régulateur de cet appareil.

Fr. Hoffmann a vu des hémorragies critiques survenir après la suppression des hémorroïdes.

M. Latour cite plusieurs cas d'hématuries attribuables à la colère. Monneret a observé huit cas d'hémorragies remplaçant les règles supprimées chez des femmes hystériques ou chlorotiques.

Mais c'est surtout à la suite de la suppression des hémorroïdes que se produisent des hématuries ; l'auteur en cite plusieurs exemples démonstratifs.

Le mélange intime du sang avec l'urine, l'absence de caillots sont des signes qui permettent sinon d'affirmer, du moins de soupçonner l'existence d'une hématurie névropathique.

VIII. — *Hémorragies névropathiques des voies respiratoires (épistaxis et hémoptysies)* ; par M. Lancereaux (séance du 28 août). — Plus communes dans le jeune âge que dans l'âge avancé, elles commencent pour ainsi dire la série des hémorragies névropathiques dont la répétition est la règle.

Les preuves de l'origine nerveuse de certaines épistaxis se tirent des causes qui les déterminent, de leur évolution, de leur répétition successive et enfin de l'absence de lésions à l'examen direct.

Un certain nombre d'hémoptysies de l'adolescence, communément attribuées à la tuberculose, sont d'origine nerveuse.

Les rhumatisants chroniques, les gouteux et les hystériques sont spécialement disposés à cette manifestation pathologique.

Suivent quelques exemples démonstratifs.

IX. -- *Hémorragies névropathiques des voies digestives (stomatorragies, hématomèses, antérorragies)*; par M. Lanceaux (séance du 4 décembre). — Elles surviennent assez souvent à la suite d'une émotion; elles coexistent ou alternent avec d'autres hémorragies de même nature; elles sont, comme les autres hémorragies névropathiques, précédées de prodromes; elles se rencontrent également chez les mêmes diathésiques. Un certain nombre d'exemples curieux rapportés par l'auteur viennent corroborer sa manière de voir.

A. CULLERRE.

JOURNAUX AMÉRICAINS

ANNÉE 1898.

The alienist and neurologist.

I. — *Histoire des asiles d'aliénés des Etats-Unis du Sud*; par le D^r T. O. Powell (numéro de janvier).

II. — *Les formes légères de folie périodique*; par le D^r A. Hoche (numéro d'avril). — Bon nombre des individus atteints de ces formes légères ne sont pas traités dans les asiles d'aliénés, et même ne sont jamais considérés comme malades; on attribue à de simples modifications du caractère ce qui, en réalité, est cependant maladie.

Les transitions entre ces formes légères et les formes les plus graves sont nombreuses. — Les unes comme les autres ont pour base des dispositions nerveuses héréditaires.

On ne voit guère la folie périodique dans l'enfance; elle ne se manifeste que vers la puberté. Cependant, on voit les prédisposés manifester dès l'enfance des tendances, et notamment une certaine recherche de la solitude, équivalente à de la dépression, qui sont de premiers indices, et commandent des mesures prophylactiques.

Même dans ses formes les plus bénignes la folie périodique est généralement incurable; mais les accès peuvent être assez

légers, les intervalles de calme assez longs, pour que la vie n'en soit point trop considérablement troublée.

III. — *La mélancolie des lépreux*; par le D^r Albert S. Ashmead (numéro de juillet). — Courte note sur la mélancolie au cours de la lèpre. Le D^r Hansen ayant affirmé qu'en Norvège les lépreux ne sont jamais mélancoliques, le D^r Ashmead réplique qu'il en est autrement en d'autre pays; il cite notamment la Russie et le Japon et soutient que la lèpre peut être une cause de mélancolie.

IV. — *Le début de la mélancolie*; par le D^r John Punton (numéro d'octobre). — La mélancolie à son début se révèle par les signes suivants, les uns mentaux, les autres physiques : dépression mentale à divers degrés; insomnie plus ou moins marquée; céphalalgie notamment dans la région occipitale; amaigrissement; modifications dans l'attitude et la physionomie; le corps se laisse aller, le visage est triste; diminution de l'appétit et constipation ordinaire; tendances hypocondriaques; phobies diverses.

Il est bien rare que, même quand elle est encore bénigne, la mélancolie puisse être soignée dans la vie ordinaire, et presque toujours le placement du malade dans une maison spéciale s'impose.

V. — *La responsabilité criminelle*; par le D^r W. F. Becker (numéro d'octobre). — L'auteur constate avec satisfaction qu'un certain nombre de magistrats, aux États-Unis, entrent dans une voie meilleure au sujet de l'appréciation de la responsabilité chez les aliénés et admettent l'irresponsabilité pour tout aliéné, même s'il est capable de distinguer le bien du mal et de comprendre la portée de ses actes.

The American journal of Insanity.

I. — *Assistance publique des aliénés*; par le D^r P. M. Wise (numéro de janvier). — Conférence prononcée à Baltimore devant une assemblée de bienfaisance, avec qui l'auteur a examiné ce que l'Etat de Maryland avait à faire pour organiser convenablement l'assistance des aliénés. Il a donné comme modèle ce qui a été fait dans l'Etat de New-York, où cette organisation est actuellement bonne, et où l'on s'est appliqué à réaliser les points suivants : l'Etat divisé en districts, ayant chacun son asile ou hôpital spécial, recevant tous les aliénés

du district, aigus ou chroniques; chaque hopital établi dans un lieu sain, agréable, d'accès facile, avec de vastes préaux de promenade et un grand terrain de culture; des bâtiments permettant une séparation rationnelle des diverses catégories d'aliénés et pourvus de tous les moyens propres à assurer la sécurité, le confort, et le bon traitement des malades; un corps médical convenablement rétribué, bien expérimenté, et comprenant des spécialistes pour les diverses maladies des yeux, des oreilles, des dents, des organes génitaux; des infirmiers et infirmières ayant reçu une éducation et un entraînement conformes à leurs fonctions; pour les aliénés, un régime alimentaire abondant et varié, des vêtements, un couchage appropriés à leur état, des occupations ou des distractions à la fois agréables et utiles à leur traitement; finalement la réunion de tous les asiles sous la surveillance d'une autorité centrale, compétente, ayant pleins pouvoirs pour corriger les abus, maintenir la discipline et empêcher les gaspillages financiers.

II. — *Affaire Kelley; meurtre; expertise médicale*; par le Dr Walter Channing (numéro de janvier). — Ce qui fait pour nous le grand intérêt de l'exposé de cette affaire, ce n'est ni la nature du crime, ni l'état mental de l'inculpé, mais bien cette double particularité, d'abord que l'expertise médicale y a été constituée sous les auspices des magistrats, ce qui est une sorte de consécration de l'expertise médicale officielle par la justice américaine; puis que cette expertise y a été contradictoire, trois experts ayant été choisis par la défense, trois par l'accusation, et qu'avant les débats ces experts ont été appelés à conférer ensemble et, pour ainsi dire, à se mettre d'accord au moment de venir devant la Cour.

L'inculpé Kelley avait tué, dans une intention bien déterminée de vol, le caissier d'une banque. La manière dont le crime avait été commis n'indiquait point un aliéné. Cependant, sur les indications de la défense, l'expertise constituée arriva à reconnaître que Kelley, depuis l'âge de quatre ans, avait cessé d'être normal. A la suite d'un coup sur l'os frontal, où restait une marque permanente, il était devenu épileptique; il avait eu des accès de somnambulisme; vers l'âge de quatorze ans, il s'était mis à croire qu'il était possédé du diable, et ceux qui l'avaient connu disaient tous que sa vie depuis lors avait toujours été singulière.

Les experts s'accordèrent pour ne pas aller jusqu'à le déclarer entièrement irresponsable. On lui accorda le bénéfice des cir-

constances atténuantes et il fut condamné à trente ans de réclusion.

Le Dr Channing, à propos de l'expertise, fait ressortir les inconvénients qu'il y a à ce que les experts procèdent toujours ensemble à l'examen d'un inculpé. Cet examen en commun a quelque chose de solennel qui est de nature à modifier le naturel de l'attitude chez celui qui en est l'objet, et à l'amener ou à dissimuler, ou plus souvent encore à simuler des dispositions anormales. Mieux vaudrait que d'abord chaque expert procédât isolément à sa mission et que les visites communes eussent lieu seulement comme couronnement de l'expertise.

III. — *De l'étendue de la spécialité psychiatrique*; par le Dr Théo. H. Kellogg (numéro de janvier). — Cette étendue n'est point étroite, contrairement à ce que prétendent les détracteurs de la psychiatrie. L'aliéniste vraiment à la hauteur de sa tâche doit d'abord bien connaître la pathologie en général; il doit être capable de bien différencier la folie de maladies qui pourraient induire en erreur; il doit avoir de larges connaissances en anatomie et en physiologie; il doit être capable d'apprécier sainement la capacité civile ou la responsabilité criminelle dans les cas où il est consulté; il doit avoir la science de la vie aussi bien que celle des fonctions de l'esprit. Loin d'avoir un champ étroit, la spécialité en a, au contraire, un très étendu et qui, pour être bien exploré, demande de nombreuses connaissances, sur des objets très variés.

IV. — *Notes médico-légales. — Responsabilité modifiée*; par le Dr H. E. Allison (numéro de janvier). — L'auteur signale brièvement le cas d'un sourd-muet, qui ne savait ni lire, ni écrire, ni communiquer par signes, et qui, accusé d'un crime, ne put être jugé, par suite de l'impossibilité où l'on était de communiquer avec lui.

Les individus de ce genre doivent-ils être purement et simplement mis dans un asile d'aliénés? Cela équivaut pour eux à la détention perpétuelle. On ne peut pas non plus les mettre dans une prison ordinaire. Mieux vaudrait pouvoir les faire instruire, et plus tard les tribunaux auraient à décider les mesures qu'il convient de prendre à leur égard.

V. — *Le service médical des prisons*; par le Dr Hamilton D. Wey (numéro d'avril). — Le médecin d'une prison, non seulement doit être capable de répondre aux besoins de la médecine ordinaire, mais encore avoir des connaissances suffisantes en neurologie et en médecine mentale. A l'arrivée dans

la prison, il devrait pouvoir déterminer l'état mental de chaque individu, chercher les tares nerveuses qu'il peut avoir, et signaler ceux qui doivent être considérés plutôt comme des malades que comme des délinquants. On arriverait ainsi à empêcher bien des condamnations injustifiées.

VI. — *La sécrétion de l'urée et de l'acide urique dans la mélancolie*; par le D^r Cléon Melville Hibbard (numéro d'avril). — Des recherches qu'il a faites sur dix aliénés mélancoliques l'auteur arrive à conclure que :

La quantité d'urine est généralement diminuée au cours de la maladie et augmente à mesure que le malade s'améliore.

La pesanteur spécifique est normale.

Il y a, en général, diminution d'urée et d'acide urique.

Cette diminution est due souvent à une moindre ingestion d'aliments; mais elle peut provenir aussi d'une moindre absorption de la nourriture ingérée.

Enfin, il n'y a point de relation constante entre l'état mental et les quantités d'urée et d'acide urique.

VII. — *Une des particularités de la simulation de la folie*; par le D^r H. E. Allison (numéro d'avril). — L'auteur insiste sur ce fait que le simulateur est, en bien des cas, réellement un aliéné ou à tout le moins un dégénéré; d'où il peut résulter que s'il imagine la simulation pour échapper aux conséquences d'un crime ou d'un délit, on peut néanmoins, même après avoir dévoilé son imposture, être amené à le dire irresponsable.

Il n'est pas rare, d'autre part, de voir, dans les asiles mêmes, des aliénés exagérer leur état, ou simuler autre chose que leur maladie véritable, soit pour attirer l'attention sur eux, et satisfaire leur vanité morbide, soit pour arriver à obtenir dans leur situation des changements d'un genre ou d'un autre.

Parmi les détenus des prisons, la simulation est assez commune; leur but est de se soustraire aux rigueurs de la détention. Le D^r Allison rapporte des faits de ce genre qui sont fort intéressants, et dans ces faits il y avait réellement derrière la simulation, soit de la faiblesse d'esprit, soit de la folie véritable.

VIII. — *La chirurgie chez les aliénés au Canada*; par le D^r R. M. Bucke (numéro de juillet). — Discours présidentiel prononcé à la réunion annuelle de l'Association médico-psychologique américaine. C'est un plaidoyer chaleureux en faveur de l'intervention chirurgicale chez les aliénés. Le D^r Bucke estime que dans nombre de cas la folie est sous la dépendance de

maladies des organes pelviens ; une intervention chirurgicale, en modifiant ces maladies, peut influencer avantageusement sur le trouble mental.

Il appuie ces considérations sur 109 cas où des maladies pelviennes avaient été constatées : dysménorrhées, métrorragies, métrites, déviations utérines, lésions du col utérin, polypes, tumeurs diverses de l'utérus ou des ovaires.

Ces 109 cas ont donné lieu à 195 opérations, à la suite desquelles la guérison s'est produite chez 39 malades, l'amélioration chez 32. Dans 35 cas il ne s'est produit aucune modification de l'état mental, et sur le tout il n'y a eu que 3 décès.

Chez un quart environ des malades, la folie avait moins d'un an de durée ; chez une dizaine, elle datait de plus de cinq ans. L'auteur omet de dire si l'intervention chirurgicale a eu des résultats aussi bons pour les uns que pour les autres. Mais sa conviction formelle, assurément discutable, est que les guérisons obtenues ne l'auraient pas été si l'on n'avait point agi sur les organes pelviens.

IX. — *Progrès de l'œuvre professionnelle dans les asiles d'aliénés* ; par le Dr Edward Cowles (numéro de juillet). — Les conditions de ce progrès sont les suivantes : que l'asile soit bien approprié à sa destination ; que la direction générale en soit confiée à un médecin, seul capable, par ses études, d'en comprendre toutes les nécessités ; qu'il soit pourvu de tous les moyens de bien étudier les malades qu'on y soigne, et notamment de laboratoires convenablement installés ; enfin, que le nombre des médecins y soit en proportion avec celui des malades, et que quelques-uns d'entre eux soient chargés des laboratoires ; pour un asile de huit cents lits, il faudrait, sous la direction générale du médecin-directeur, quatre médecins-adjoints, ayant en outre un jeune aide avec eux.

X. — *Les stigmates de la dégénérescence* ; par le Dr William C. Krauss (numéro de juillet). — Ce mémoire n'a rien de bien original ; mais il est fort bien rédigé, très clair et présente la question d'une manière fort intéressante. L'auteur y divise les stigmates en trois groupes, on pourrait dire trois époques : 1° ceux qui sont survenus avant la naissance ; ils sont du ressort de la tératologie ; 2° ceux qui surviennent au moment du développement de l'individu ; ils sont d'ordre physique et fonctionnel, irrégularités ou déviations du crâne, de la face, des oreilles, des yeux, des dents, du thorax, des membres, des divers organes, et les troubles fonctionnels de

ceux-ci ; 3° enfin, ceux qui se manifestent après ce développement, stigmates mentaux, stigmates moraux, perversions sexuelles.

XI. — *Le second asile d'aliénés de l'Etat de Maryland* ; par le Dr George H. Robé, directeur-médecin (numéro de juillet). — Histoire de la création et description de cet asile, avec plans. Il doit être formé de groupes de pavillons, réunis quatre par quatre, suivant une disposition uniforme ; l'un de ces pavillons est destiné aux services des trois autres. Tous les groupes seront bien isolés les uns des autres, chacun d'eux affecté spécialement à une catégorie de malades. En 1898, un seul groupe fonctionnait pour deux cents malades environ. On y a adopté le système des portes ouvertes, comptant presque uniquement sur le zèle et l'attention des surveillants pour empêcher les évasions, dont on semble ne redouter guère les conséquences. Jusqu'ici la proportion d'évadés a été d'environ 5 p. 100. On espère qu'elle diminuera. L'auteur convient que ce système demande beaucoup de tact et de patience de la part des surveillants, et qu'il est pénible pour eux ; il croit cependant qu'il a encore moins d'inconvénients pour eux que l'autre système.

XII. — *Manie rapidement fatale dans la maladie de Graves* ; par le Dr Henri Barton Jacobs (numéro de juillet). — L'auteur rapporte deux faits qu'il a observés. Dans ces deux cas la manie a eu une marche très aiguë ; elle a duré environ quinze jours dans l'un, une vingtaine de jours dans l'autre, et la mort paraît être due à l'épuisement rapide et profond des malades.

XIII. — *Les relations mutuelles de l'aliéniste et du neurologue dans l'étude de la psychiatrie et de la neurologie* ; par le Dr J. T. Eskridge (numéro d'octobre). — Nous avons ici un discours prononcé à l'assemblée de l'Assistance médico-psychologique américaine ; l'auteur y a examiné en détail les motifs que l'aliéniste et le neurologue ont de bien connaître l'objet des études l'un de l'autre. L'aliéniste doit être doublé d'un neurologue, surtout pour être capable de faire lui-même les recherches anatomo-pathologiques chez les aliénés ; le neurologue, dans le but pour ainsi dire plus important encore de discerner les maladies mentales dès leur éclosion. Celui-ci, en effet, pratique plus dans la clientèle que dans un asile ou hôpital ; au début, les maladies mentales peuvent être prises pour de simples maladies nerveuses ; il importe de ne pas s'y trom-

per, et ce doit être affaire du neurologiste de prévenir l'erreur.

Le D^r Eskridge voudrait que tout asile d'aliénés fût bien organisé pour les études neurologiques et que tous les médecins, non seulement fussent capables de s'adonner à ces études, mais encore eussent largement le temps de le faire. Entre autres choses il voudrait pour cela qu'il y eût un médecin traitant par vingt-cinq malades ; tout au plus admet-il un par cinquante pour les chroniques. D'aucuns trouveront qu'il va loin dans cette voie, et que dans de telles conditions chaque médecin pourrait consacrer de longues heures à tout autre chose que le soin de ses malades.

XIV. — *La limite scientifique entre la raison et la folie* ; par le D^r E. C. Runge (numéro d'octobre). — L'auteur estime qu'on doit simplement définir la folie : une manifestation anormale de la fonction psychique du cerveau. Partant de là, il se montre disposé à comprendre dans la folie et les délires simplement fébriles, et l'obnubilation passagère de l'intelligence due à une influence momentanée, celle de l'alcool, par exemple. N'est-ce pas aller bien loin ? nous pensons que ce n'est point cette manière de voir qui aura définitivement résolu le problème délicat de la délimitation de la folie.

XV. — *L'œuvre de deux années et demie à la Colonie Craig* ; par le D^r William P. Spratling (numéro d'octobre). — Cette colonie a été ouverte en 1885 pour les épileptiques ordinaires, et elle suit son développement ascendant, rendant de grands services à ses hospitalisés. Le D^r Spratling, en constatant qu'il n'y a pas de médicament spécifique de l'épilepsie, pas même les bromures, insiste sur la grande importance du régime alimentaire et des soins d'hygiène générale qui amènent chez certains épileptiques une sérieuse amélioration.

XVI. — *Valeur des observations dans les asiles* ; par le D^r William Mabon (numéro d'octobre). — Cet article contient l'exposé de ce qui a été fait dans l'Etat de New-York pour unifier la manière de recueillir dans les asiles les observations médicales. Ce n'est plus le médecin adjoint, c'est l'infirmier, qui est chargé de prendre les notes utiles depuis l'admission du malade, y compris son histoire antérieure, jusqu'à sa guérison ou son décès, et même l'autopsie quand elle est faite ; les modifications morbides sont notées au jour le jour. Tout cela est fait sur des fiches qui permettent un classement facile. Le système paraît un peu complexe, et vaudra assurément ce que vaudront ceux qui auront la charge de le mettre en œuvre ; mais il est

assurément susceptible de produire de bons résultats, et de permettre de se reporter aisément à telles ou telles particularités des observations recueillies.

XVII. — *Homicide et suicide subconscients*; par le Dr Charles P. Bancroft (numéro d'octobre). — Deux observations, l'une relative à un individu qui, au début d'un accès de mélancolie, fit une tentative de suicide, dont plus tard il n'eut aucun souvenir, l'autre concernant un mari qui tira inopinément sur sa femme plusieurs coups de revolver, sans que rien eût motivé l'agression, dont il ne garda pas mémoire. Tous deux, au moment de leurs actes, parurent en avoir conscience; néanmoins, ils les oublièrent vite. Chez ni l'un ni l'autre on ne constatait d'épilepsie; cependant la tentative d'homicide du second avait plutôt les allures de l'impulsion épileptique.

Le Dr Bancroft prend texte de ces deux faits pour émettre quelques considérations sur les diverses modalités de la conscience, ou, pour mieux dire, sur les dédoublements de la personnalité, dont ils sont la confirmation.

XVIII. — *Le Loco-Weed cause-t-il la folie?* par le Dr Charles W. Pilgrim (numéro d'octobre). — Le *Loco-Weed* est le nom que l'on donne, au Mexique, au datura stramonium, qui passe dans ce pays pour causer la folie, même permanente. Le Dr Pilgrim n'a pas de peine à établir que cette opinion populaire est erronée; analysant le cas d'un individu, devenu aliéné au Mexique, et dont la maladie était attribuée à la plante, il montre qu'en réalité il y avait bien d'autres causes, notamment du surmenage et des abus de boissons alcooliques.

XIX. — *Une visite en hiver aux asiles du Comté de Wisconsin*; par le Dr C. B. Burr (numéro d'octobre). — Le très distingué directeur de l'asile de Flint (Michigan) a voulu voir par lui-même si la manière dont avait été prônée l'organisation des asiles d'aliénés du Wisconsin était fondée. Il paraît y avoir éprouvé une déception complète, et il formule contre ces asiles de nombreux reproches dont les principaux sont : qu'ils ont bien plus l'air de maisons de réclusion que d'hôpitaux; que le service médical y fait défaut; que certaines catégories de malades, notamment les malpropres, les imbéciles, les épileptiques, n'ont pas les soins qui leur conviendraient; que les surveillants y sont trop peu nombreux, ce qui oblige, surtout en hiver, à confiner les malades dans les bâtiments; que l'organisation y est défectueuse et qu'on se propose trop spécialement le moins de dépenses possible.

XX. — *Alimentation des aliénés* ; par le D^r Edgar J. Spratling (numéro d'octobre). — Les habitants d'un asile sont trop uniformément soumis à un même régime alimentaire, qui ne convient pas également à tous. Combien d'individus, par exemple, qui n'ont que de mauvaises dents ou qui n'en ont presque plus, et qui ne peuvent manger comme il faut les mets dont s'accommodent ceux qui ont de bonnes dents ! Il faudrait, à cause de cela, diviser les aliénés en plusieurs groupes, qui auraient chacun leur régime spécial. Ainsi l'on peut distinguer :

Ceux qui refusent toute nourriture ;

Ceux qui ne peuvent prendre des aliments solides ;

Ceux qui sont voraces ;

Ceux qui ne peuvent prendre qu'une alimentation très légère ;

Ceux qui ont besoin d'aliments fortement azotés.

Pour chaque catégorie, ou des mets différents, ou les mêmes mets cuits ou assaisonnés de manières différentes.

XXI. — *La responsabilité dans l'alcoolisme* ; par le D^r H. E. Allison (numéro d'octobre). — Un individu qui, sous l'influence de l'alcool, avait commis un délit, avait été déclaré irresponsable comme alcoolique, et placé dans un asile. Mais bientôt, guéri de son intoxication, il obtenait sa liberté. A peine était-il libre, qu'il se remit à boire, que dans un accès d'ivresse, il se livra à des violences, et que pour cela, déclaré cette fois responsable, il fut condamné à la prison. Peut-être eût-on mieux fait, avant cela, de le garder plus longtemps à l'asile, de manière à consolider l'habitude de l'abstinence. En pareil cas, l'internement ne saurait être trop prolongé.

VICTOR PARANT.

BIBLIOGRAPHIE

Le système nerveux central. Structure et fonctions. Histoire critique des théories et des doctrines; par Jules Soury, directeur d'études à l'école des Hautes-Etudes. 1 vol. in-4°. Paris. Georges Carré et C. Naud, 1899.

Le but de l'ouvrage, considérable et d'une importance capitale, publié par notre savant et distingué collaborateur, M. Jules Soury, est indiqué dans cette phrase de la préface : « On a essayé de raconter les commencements et le développement, dans la suite des temps, des différentes hypothèses, théories et doctrines produites par l'esprit de l'homme pour se représenter la structure et comprendre les fonctions du système nerveux central. » Il s'agit, comme on voit, d'un inventaire, fait avec un soin minutieux et une rare compétence, de tout ce que l'humanité, ou plutôt son élite, a imaginé sur la physiologie de l'intelligence et du sentiment, depuis les premiers vagissements de la pensée grecque jusqu'aux plus récentes recherches des savants contemporains.

Une telle œuvre, par l'abondance des détails et la richesse des aperçus, présente un caractère vraiment encyclopédique : elle fait, en effet, le tour de la science dont elle traite, puisqu'elle suit pas à pas et sa marche historique et sa marche dogmatique.

Ce double procédé d'exposition exige à la fois les qualités du savant et celles de l'érudit, rarement réunies chez le même homme. M. J. Soury est doué des unes et des autres à un degré éminent; et si l'on y ajoute une persévérance peu commune, plutôt excitée que rebutée par les difficultés du sujet, on comprendra qu'il ait pu mener à bien une tâche si longue et si ardue qu'elle semble au-dessus des forces d'un seul.

Il ne saurait être question, en un simple article bibliographique, d'analyser en détail un volume de plus de 1.800 pages, dont chacune nous instruit d'un fait nouveau; ce qui importe, c'est d'apprécier l'esprit et la méthode qui présidèrent à son élaboration, et, pour cela, il ne me semble pas inutile de

rechercher d'abord les disciplines auxquelles a été soumis son auteur : j'userai ainsi d'un procédé habituel à certains critiques littéraires qui jugent de l'œuvre par l'écrivain.

On a vu des savants de premier ordre dans les sciences physiques et naturelles, lorsque arrive l'âge où diminue la faculté de créer, se livrer avec ardeur à des recherches d'érudition, écrire et enseigner avec succès l'histoire de la science qu'ils avaient illustrée. Cuvier, Blainville, Biot en sont de mémorables exemples. Leurs travaux historiques, pour ignorés qu'ils soient des générations nouvelles, n'en ont pas moins une incontestable valeur.

Mais l'inverse n'est pas nécessairement vrai. La critique des textes, celle des monuments épigraphiques ou autres, tout ce qui, en un mot, constitue l'érudition, ne faisant connaître que les faits et non les rapports des choses, bien rares sont les esprits qui, soumis exclusivement à cette gymnastique intellectuelle, s'élèvent aux hautes spéculations scientifiques. M. Jules Soury est une de ces exceptions, et pour cela même il peut paraître intéressant de suivre les diverses étapes du développement de son esprit.

Après de brillantes et solides études littéraires et linguistiques, un peu à la manière allemande, il suivit les cours de l'École des Chartes, cette pépinière d'hommes distingués en plus d'un genre, dont on peut dire, comme de l'École Normale, qu'elle conduit à tout, à condition d'en sortir. A cette discipline sévère, il prit le souci du document exact, cette vertu première de l'historien, ainsi que l'habitude de « s'instruire dans les sources », selon l'expression d'un célèbre grammairien du siècle dernier. Mais, tout en s'appliquant à déchiffrer des manuscrits, il portait ses vues au delà : l'étude des philosophes l'attirait, autant par curiosité de la pensée que par besoin de trouver un système auquel il pût adhérer.

Dans ce long voyage à travers les innombrables écoles philosophiques enfantées par l'esprit humain pour se rendre compte de la nature des choses, M. J. Soury se complit surtout dans la société de ces penseurs, nombreux en tous les temps, qui cherchent l'explication mécanique de l'univers, et que, pour cette raison, on appelle matérialistes. La compréhension de leurs idées, de leurs doctrines, nécessitant de sérieuses connaissances scientifiques, il lui fallut combler les lacunes de son éducation première, et demander à l'étude des sciences physiques et naturelles ces « clartés de tout » sans lesquelles le philosophe ne

peut plus édifier que des systèmes en l'air, à la manière des fameuses *Nuées* d'Aristophane.

Mais, en ce qui concerne la biologie, les « clartés » ne lui suffirent pas ; il voulut approfondir. Dans ce but, il se soumit à une discipline sévère. « On peut continuer à tout temps l'étude, non pas l'escholage », a dit Montaigne. M. J. Soury, à un âge où, depuis des années, on a quitté les bancs de l'Université, n'hésita pas à se remettre à l'école, pour suivre les leçons des maîtres les plus illustres de nos facultés et établissements d'instruction où se peuvent apprendre les diverses branches des sciences biologiques.

C'était l'époque où les idées transformistes, les théories de Darwin et de Haeckel, après un long ostracisme, prenaient définitivement pied en France, qui était cependant leur pays d'origine. Elles y furent vivement attaquées au nom de la foi et même de la science. M. Jules Soury se jeta avec ardeur dans la mêlée. Ayant étudié la question historiquement et dogmatiquement, il put se considérer avec raison comme un des défenseurs autorisés d'idées qui, nées dans notre pays au XVIII^e siècle avec les travaux de de Maillet (Telliamed), de J.-B. Robinet, de Diderot, et, au XIX^e siècle, avec l'immortelle *Philosophie zoologique* de Lamarck, un des plus grands livres du siècle, nous revenaient de l'étranger, développées, accrues, finissant par constituer une véritable systématisation partielle qui devait exercer une influence puissante sur l'ensemble de la biologie. Pour défendre ces idées, violemment attaquées par les uns, et maladroitement défendues par les autres, M. Jules Soury ne se contenta pas d'écrire de nombreux articles de journaux et de revues (1), il entreprit la traduction d'une série d'ouvrages d'auteurs allemands, tels que Haeckel (2), Magnus (3), Oscar

(1) Ces articles ont été réunis, pour la plupart, en un volume, intitulé : *Philosophie naturelle*, Paris, G. Charpentier, 1882.

(2) Haeckel. *Essais de psychologie cellulaire*. Traduit de l'allemand et précédé d'une préface de Jules Soury. 1 vol. de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine* (F. Alcan). — *Les preuves du transformisme. Réponse à M. Virchow*. Traduit de l'allemand et précédé d'une préface par Jules Soury, 1 vol. de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine* (F. Alcan). — *Le règne des protistes. Aperçu de la morphologie des êtres vivants les plus inférieurs*. Traduit de l'allemand et précédé d'une préface de Jules Soury. 1 vol. in-8° (Reinwald).

(3) Hugo Magnus. *Histoire de l'évolution du sens des couleurs*, 1 vol. (Reinwald).

Schmidt (1), partisans enthousiastes du transformisme, où la question si controversée est traitée sous des points de vue nouveaux et pleins d'originalité.

L'étude de la structure et des fonctions du système nerveux est, de toutes les parties de la biologie, celle qui touche de plus près aux questions vives de la philosophie. Malgré ses difficultés, elle a le don de passionner et « n'a pas coutume de laisser en paix ceux dont elle a une fois pris possession », comme le dit Fontenelle des mathématiques.

M. J. Soury fut initié à ces délicates et difficiles recherches par les leçons de Charcot, Luys, Aug. Voisin. Durant plusieurs années on le vit à la Salpêtrière suivre assidûment les cours et les cliniques de ces maîtres distingués. Dans ces doctes leçons il trouva sa vraie voie, et lorsqu'en 1881 il fut appelé par Paul Bert, alors ministre de l'Instruction publique, à la chaire d'histoire des doctrines psychologiques, créée pour lui à l'Ecole pratique des Hautes-Études, on peut dire qu'il était prêt, qu'après avoir fait lui-même le tour des idées, il pouvait servir de guide sûr et éclairé à ceux qui suivraient son enseignement.

Cet enseignement, on peut en apprécier les mérites par le monument que le maître vient d'élever à la science et à l'érudition, la première servant de flambeau à la seconde, et lui facilitant sa tâche. Cela est vrai surtout des deux premières parties du livre — celles contenant l'Antiquité et le Moyen Age — où les textes originaux sont étudiés à la lumière des acquisitions les plus récentes des sciences biologiques. A ce point de vue la lecture des trois cents premières pages du volume sont d'un intérêt supérieur pour ceux qui sont curieux des questions d'origine et s'enthousiasment volontiers — et avec raison d'ailleurs — pour cette magnifique efflorescence du génie intellectuel de la Grèce, mère de toute civilisation. M. Jules Soury nous fait connaître les théories psycho-physiologiques, ainsi que les connaissances de la structure du système nerveux, des philosophes, des médecins et des naturalistes, depuis Alcméon, de Crotone, qui vivait vers l'an 500 avant J.-C., jusqu'à Galien et ses disciples, en passant par les penseurs illustres de l'Ionie, par Hippocrate et les Hippocratistes, et en s'arrêtant longuement à Aristote et à Galien, ces

(1) Oscar Schmidt. *Les sciences naturelles et la philosophie de l'inconscient*, 1 vol. de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine* (F. Alcan).

grands encyclopédistes des sciences biologiques et naturelles de l'Antiquité. Tous ceux qui, comme nous, suivront attentivement notre auteur dans ce long voyage à travers les idées de plusieurs générations de savants, auront la surprise de trouver sur leur route maintes théories, encore aujourd'hui en cours, maints faits qu'on croit de découverte récente, et qui, en somme, ne sont que renouvelés des Grecs.

Après un temps d'arrêt très court au moyen âge, M. Jules Soury passe aux temps modernes. Il trouve peu à glaner chez les anatomistes du xvi^e siècle ; mais que de riches récoltes, au fur et à mesure qu'il s'approche de notre époque !

Descartes, dont une certaine école philosophique ne semble apprécier que les « Méditations métaphysiques », fut, en même temps qu'un mathématicien de génie, un biologiste de premier ordre. M. Jules Soury l'étudie à ce point de vue, avec une sympathie non déguisée ; et les trente pages qu'il lui consacre, toutes bourrées de faits et d'idées, sont des plus suggestives. On peut en dire autant des chapitres où nous sont présentées les théories de Gassendi et de Thomas Hobbes.

Avec Thomas Willis, nous revenons aux médecins, qui, dorénavant, resteront les maîtres du sujet. Ce seront leurs travaux, sortis soit du laboratoire, soit de la clinique, qui, désormais, feront progresser nos connaissances sur la structure et les fonctions du système nerveux. Ceux qui s'y sont appliqués sont légion ; les nommer tous est impossible, et ne rappeler que les principaux serait risquer d'en passer... des meilleurs. M. Jules Soury, lui, n'en a passé aucun ; il étudie tous les médecins et physiologistes qui, aux xviii^e et xix^e siècles, ont abordé les difficiles questions de la psycho-physiologie, et il fait sa part équitable à chacun.

Dans ces deux longs siècles, il y a, au point de vue historique qui nous occupe, deux moments en quelque sorte culminants. C'est d'abord celui où Gall publia ses premiers travaux, qui eurent un retentissement considérable et furent le stimulant de toute une série de recherches dont celles de l'École de la Salpêtrière (la première, celle de 1820) sont les plus estimées, les plus durables aussi. Le second fut celui où la question des localisations cérébrales, naguère si bruyamment entrée en scène avec Gall et Spurzheim, puis abandonnée, revenait au jour, d'abord avec les travaux de Broca, puis avec les expériences de Fritsch et Hitzig en Allemagne, de David Ferrier en Angleterre. Les recherches de ces sagaces observateurs forment, pour

M. Jules Soury, comme l'aboutissement de tout ce qui avait été fait auparavant ; mais elles ouvrent aussi une ère nouvelle, car, avec elles, nous entrons dans l'époque contemporaine.

Là, l'ordre chronologique devient difficile, sinon impossible, le nombre des travailleurs étant trop considérable et les sujets de recherches se spécialisant de plus en plus. A l'exposition historique, M. Jules Soury a donc substitué la marche anatomique. L'intérêt n'y perd rien et semble s'accroître au fur et à mesure qu'on avance dans la lecture de l'œuvre. Plus de mille pages sont ainsi consacrées à ce qui, depuis quelque trente ans, s'est dit et écrit sur les fonctions du système nerveux central, sur les voies sensitives et motrices, les voies sensorielles, les voies commissurales et d'association, sur le rôle de l'écorce cérébrale chez l'homme et les animaux, sur la théorie des émotions, etc. Le volume se termine, enfin, par une discussion très serrée sur la théorie des neurones, sur les travaux de Golgi, de Ramon y Cajal et de van Gehuchten.

Toute cette partie sur l'époque contemporaine, qui forme près des deux tiers de l'ouvrage, constitue à elle seule une œuvre considérable par le nombre de travaux français et étrangers qui y sont analysés et critiqués, avec cette probité scientifique, ce soin de l'exactitude, cette clarté d'exposition dont l'auteur nous a donné maintes preuves dans de savants articles publiés dans les *Annales*. C'est dans ces pages, d'une lecture si attachante, qu'il faudra chercher l'état de la question des fonctions psychiques à la fin du XIX^e siècle.

Des esprits chagrins, et aussi trop exigeants, regretteront peut-être que l'auteur, avant de déposer la plume, n'ait pas cru devoir nous tracer, en forme de conclusion, un rapide tableau de nos connaissances actuelles sur la structure et le fonctionnement du système nerveux central, telles que les ont produites plus de deux mille ans de labeur scientifique. Mais M. Jules Soury répondra sans doute qu'il a fait œuvre, non de dogmatisme, mais de critique, et, nous renvoyant à sa préface, il nous dira : « Le premier devoir de la critique est de présenter les diverses solutions d'un même problème scientifique, les conceptions variées d'une même théorie. C'est là ce qui distingue l'esprit critique du dogmatisme scientifique. » En effet, dogmatiser, ce serait prendre parti entre les diverses solutions proposées, et il n'appartient qu'à l'esprit créateur d'avoir « cette part d'illusion » qui lui fait croire que l'édifice construit par lui est définitif. « La science n'est pas, elle devient. »

Quoi qu'il en soit de ces raisons qui auraient ravi Renan, nous croyons que la critique elle-même peut arriver à des conclusions dogmatiques, et M. Jules Soury nous en fournit lui-même la preuve lorsqu'à la fin de sa préface il nous donne cette affirmation qui semble comme le résumé de ses recherches et sa doctrine philosophique en raccourci : « L'étude comparée des organes des sens, des centres de projection et d'association de l'encéphale demeure la source la plus élevée de notre conception de l'univers considéré comme un phénomène cérébral. »

Tant il est vrai que l'esprit humain, qui a soif de connaissances, ne peut se passer d'affirmations, ou, si l'on préfère, de vérités relatives ; qu'il les recherche avec âpreté ; qu'il s'y tient une fois qu'elles lui sont démontrées et ne les abandonne pour d'autres que lorsque ces nouvelles venues donnent une satisfaction plus complète à son irrésistible besoin de logique et de vérité.

Il y a une soixantaine d'années, E. Littré, analysant dans le *National* le premier volume de l'ouvrage magistral de Leuret et Gratiolet, rappelait au début de son article (1) cette vieille légende qui veut qu'Hippocrate ait été appelé en consultation auprès de Démocrite, accusé de folie par les Abdéritains parce que, selon les expressions de la Fontaine, il

« Cherchait dans l'homme et dans la bête,
« Quel siège a la raison, soit le cœur, soit la tête. »

Aujourd'hui, croyons-nous, sauf dans les bas-fonds de l'ignorance, il n'y a plus guère d'Abdéritains au milieu de nous, et l'on ne risque plus d'être accusé de folie parce qu'on est occupé d'étudier, « les labyrinthes du cerveau ». Tous les esprits éclairés tiennent en grand honneur ces études et en comprennent l'importance théorique et pratique. Nul n'ignore les services qu'elles sont appelées à rendre au progrès de l'esprit humain et, ce qui est plus immédiat, à l'étude des maladies mentales et nerveuses. Le beau livre de M. Jules Soury est donc venu à son heure. En racontant les longues recherches et les infatigables travaux de nos prédécesseurs, il a élevé un monument durable à leur gloire ; il nous indique en même temps la voie à suivre pour accroître nos richesses dans ce domaine si étendu de la science de l'esprit.

ANT. RITTI.

(1) V. E. Littré. *Médecine et médecins*, 2^e édit., 1 vol. in-12. Paris 1872, p. 334.

**Revue des Thèses soutenues devant la Faculté
de médecine de Lyon, pendant l'année scolaire
1899-1900.**

I. — *Les agnoscies, la cécité psychique en particulier*; par
le D^r V. Nodet. Novembre 1899, 221 pages.

Très important travail, fait dans le service du professeur Lépine, réunissant soixante-sept observations dont trois provenant du service. L'une a déjà été publiée par le professeur Lépine dans la *Revue de médecine* en 1897 (p. 452), la seconde parut dans le *Lyon médical*, 1898, et la troisième est inédite. L'autopsie de ce dernier cas a montré des lésions très localisées (ramollissement très étendu de la portion interne du lobe occipital gauche et ramollissement très limité de la partie postérieure du lobule paracentral gauche). De tous ces faits, l'auteur déduit les conclusions suivantes :

Le phénomène de la reconnaissance, c'est-à-dire le phénomène de l'identification, est un phénomène excessivement général; il est à la base des phénomènes réflexes dont il devient une des caractéristiques.

Le travail des identifications successives, en insérant le passé sur le présent, permet à l'impression sensorielle de devenir perception reconnue, localisée et représentation.

On peut diviser le travail des identifications cérébrales en deux grandes classes : les identifications primaires ou sensations simples, et les identifications secondaires et supérieures.

L'interruption de l'identification cérébrale primaire donne les anesthésies corticales sensitivo-sensorielles; le trouble du travail des identifications secondaires avec persistance des identifications primaires, donne les agnoscies : cécité et surdité psychiques, asymbolie.

La cécité psychique a pour condition essentielle la conservation au moins relative de l'identification primaire, dont la mesure est la valeur de l'acuité visuelle, très importante à étudier. Elle s'accompagne très fréquemment d'hémianopsie ordinairement droite et d'une achromatopsie spéciale : l'achromatopsie agnosique.

Il existe parfois des troubles dans la localisation dans l'espace (Pick), dus aux troubles de l'identification des sensations

musculaires de l'œil; ce trouble peut à lui seul déterminer une cécité psychique spéciale.

La perception des formes, primitivement tactile, est devenue en grande partie visuelle et non pas seulement optico-motrice. Son trouble n'est pas seulement un facteur indépendant dans l'agnoscie visuelle; sa valeur peut être très souvent la mesure de la cécité psychique.

L'orientation est en quelque sorte le corrélatif dans l'action de ce que la perception des formes est sur le terrain spéculatif; elle est devenue, comme elle, presque exclusivement visuelle: la cécité psychique avec souvenirs visuels encore notables, la trouble à peine; la destruction presque totale du territoire visuel, au contraire, détermine l'inorientation. L'orientation auditive délicate est comprise dans cette conclusion.

La valeur considérable de l'élément visuel dans le travail cérébral explique l'état mental des agnosciques visuels purs, état mental variable avec la valeur et l'étendue des lésions, pouvant presque aboutir à la démence. Les hallucinations sont possibles. La cécité psychique grave entraîne une agnoscie déjà considérable dans les autres territoires sensoriels même intacts.

Les agnoscies olfactives et gustatives ne méritent pas une place à part, leur possibilité même étant difficile à démontrer.

L'agnoscie auditive est rarement isolée: elle est difficile à diagnostiquer très sûrement, et son existence n'a pas grande influence sur l'état mental du malade. (Nous ne parlons pas de la surdité verbale.)

L'agnoscie tactile localisée existe: elle présente un grand intérêt théorique; mais, en clinique, elle ne prend de l'importance qu'alliée à l'agnoscie visuelle, ce qui constitue l'agnoscie multiple ou asymbolie.

L'asymbolie exagère beaucoup la gravité de l'état psychique des malades, qui sont souvent de véritables décérébrés; elle peut presque aboutir à la démence ou plutôt tous les intermédiaires existant entre la démence vraie et l'agnoscie vraie; la démence asymbolique (Heilbronner) et l'asymbolie avec démence sont des réalités cliniques.

Il y a lieu d'éliminer du cadre des agnoscies tous les phénomènes agnosciques fréquents dans les psychoses, dans les névroses, dans la vie ordinaire.

L'agnoscie tactile du membre supérieur est déterminée par la lésion superficielle du tiers moyen des deux circonvolutions prérolandiques, surtout de la postérieure (Wernicke). On peut

supposer une agnoscie tactile semblable pour les autres membres ou autres parties du corps.

L'agnoscie visuelle peut être due à une lésion purement corticale (ce n'est pas complètement démontré); elle peut être due à une lésion exclusive de la substance blanche, elle est ordinairement due à des lésions multiples intéressant l'une et l'autre.

L'agnoscie visuelle spéciale, par défaut de localisation dans l'espace, est probablement due à une lésion corticale des deux lobules pariétaux inférieurs (Pick).

L'agnoscie visuelle reconnaît très souvent pour cause une double lésion des lobes occipitaux; quelquefois un seul lobe, ordinairement le gauche, est atteint, et sa lésion s'accompagne d'autres lésions très variables.

La lésion de la cécité psychique peut être unilatérale: dans les deux observations (Lissauer-Hahn et observation personnelle) les plus démonstratives, il y avait destruction du territoire visuel gauche, et lésion des voies commissurales du bourrelet du corps calleux: la prépondérance de l'hémisphère gauche dans les actes mentaux supérieurs, dans la perception, explique bien cette lésion.

La lésion de l'agnoscie générale s'accompagne toujours d'une lésion du territoire visuel, confirmant ainsi l'importance des troubles agnosciques visuels dans l'asymbolie.

D'une façon générale, les lésions des agnoscies peuvent se diviser en trois catégories: 1° lésions atrophiques simples, dont la constatation n'est pas un argument contre la localisation des troubles agnosciques; 2° lésions en foyer, ordinairement ramollissements; 3° forme mixte fréquente.

Outre la contribution personnelle à l'étude du sujet, ce travail est encore une complète et remarquable mise au point de la question.

II. — *Relation sur l'épidémie de Morzine*; par le Dr H. Bouchet. Décembre 1899, 71 pages.

L'histoire de l'épidémie hystéro-démonopathique de Morzine (Haute-Savoie), est bien connue depuis les excellents rapports de Constans et d'Arthaud, publiés dans les *Annales médico-psychologiques*. L'auteur a eu l'idée de comparer cette épidémie à d'autres du même genre observées au courant du XVII^e siècle; notamment dans les couvents, à Aix, à Loudun et à Louvières, et il a été particulièrement frappé de ce fait que les hallucina-

tions gènesiques, et le délire érotique, constants au cours de ces dernières, avaient totalement manqué à Morzine.

III. — *Oreille et épilepsie*; par le D^r L. Taillade.

Décembre 1899, 74 pages.

Les différents modes de relation entre l'oreille et l'épilepsie, considérés chez le même individu, peuvent être réunis en cinq groupes :

1° Les manifestations auriculaires et l'épilepsie peuvent coexister, sans avoir de rapports ;

2° L'épilepsie et les troubles de l'oreille sont des symptômes d'une même affection qui leur a donné naissance en même temps ou successivement ;

3° Les maladies de l'oreille sont susceptibles de donner des crises épileptiques. Cette épilepsie peut être d'origine réflexe. Elle apparaît d'autant plus facilement que le sujet porteur de la lésion de l'oreille est prédisposé par ses antécédents héréditaires ou personnels à réagir par des crises convulsives aux moindres irritations. On ne doit cependant admettre l'épilepsie auriculaire qu'après une observation attentive, les causes d'erreur étant fréquentes.

Le traitement efficace de la lésion de l'oreille et la disparition consécutive des crises dans quelques cas engagent à soigner les maladies de l'oreille chez l'épileptique, dans l'espérance d'avoir des effets heureux.

IV. — *Contribution à l'étude de la peur et des phobies*; par le D^r Duguet. Décembre 1899.

L'instinct de la conservation de l'individu est le plus puissant des instincts. La peur en est la manifestation la plus générale. Elle constitue un phénomène psychique normal motivé par « la représentation d'un mal possible ». Mais l'esprit peut se créer à lui-même des dangers irréels, d'où production de peurs systématiques irraisonnées, dues à une déviation de l'instinct conservateur : ces peurs morbides constituent les phobies.

Au point de vue physiologique, il existe dans toute peur, deux phénomènes : 1° un phénomène psychique initial, cortical, pouvant être modifié par la volonté ; 2° un phénomène somatique consécutif, d'origine réflexe, de nature centrifuge, absolument involontaire, qui semble se passer dans le domaine du grand sympathique, et qui se traduit par l'angoisse, les palpitations, les sueurs, etc.

Au point de vue psychologique, la peur et les phobies sont fonction : 1° de l'émotivité; 2° de la faculté de contrôle (représentée par la raison). Ces deux facteurs agissent toujours suivant un rapport inverse.

De l'examen de 160 observations de phobies, l'auteur conclut que les peurs morbides s'installent presque toujours sur un terrain préparé à l'avance par l'hérédité, les névropathies, les maladies infectieuses, les intoxications, etc., en un mot par toute cause de déchéance organique.

Mais il est certains cas d'émotivité pathologique existant surtout chez les hypocondriaques légers, les dyspeptiques, les gens présentant des troubles viscéraux passagers, les superstitieux, troubles émotifs qu'il faut différencier des phobies vraies dont ils ne présentent ni la durée, ni la systématisation, ni surtout l'intensité d'angoisse et l'irrésistibilité.

Les phobies ainsi caractérisées ne sont fonction ni du délire émotif (Morel) ni de la folie avec conscience (Ritti), ni de la dégénérescence (Magnan), ni de l'épilepsie larvée (Westphall), ni de la neurasthénie (Beard, Bouveret). Elles constituent une entité morbide à caractères tranchés, une névrose spéciale, dont tous les états anxieux ne sont que la manifestation : la névrose d'angoisse (Freud, Lannois et Tournier).

V.—*De l'hémimimie faciale d'origine otique*; par le Dr G. Pautet. Janvier 1900, 110 pages avec photographies et figures.

Ce travail, fait sous l'inspiration de M. Lannois, contient le procès d'un signe considéré par les auteurs comme un stigmate de dégénérescence : l'hémimimie faciale. L'auteur a suivi le conseil de M. Pierret qui lui a communiqué d'ailleurs des documents et qui engage à analyser chacun des prétendus stigmates pour en voir la valeur au point de vue psychique.

C'est ainsi qu'il a pu voir que de nombreux cas d'hémimimie faciale sont consécutifs à des otites, et qu'il lui est permis d'affirmer que la fréquence des paralysies faciales, des parésies simples et des spasmes d'origine otique, enlève une grande partie de leur valeur aux troubles unilatéraux de la mimique, en tant que signe de dégénérescence ou symptomatique d'une inégalité des hémisphères cérébraux.

L'épilepsie est susceptible d'occasionner, avant et après les crises, différentes manifestations auditives (aura, bruits subjectifs, surdité).

Telles sont les idées qui se dégagent de la lecture de ce travail inspiré par M. le professeur agrégé Lannois. L'auteur le termine par un chapitre sur les stigmates otiques chez l'épileptique, et d'un examen, fait par M. Lannois sur 206 sujets (125 hommes et 81 femmes), et par l'auteur lui-même sur 103 épileptiques (33 hommes et 70 femmes); il conclut que les malformations du pavillon, dans lesquelles on a voulu voir un stigmate physique de dégénérescence chez les épileptiques, sont trop fréquentes chez l'individu sain, pour permettre des conclusions catégoriques.

VI. — *Du sérum artificiel en aliénation mentale*; par le D^r E. Faure. Juillet 1900, 114 pages.

Interne de l'asile de Bron, service du professeur Pierret, M. Faure était bien placé pour expérimenter sérieusement l'action du sérum artificiel dans le traitement des maladies mentales. Ouverte par M. Jacquin, chef de clinique des maladies mentales, dont les recherches corroboraient celles de M. Cullerre, entreprises à la suite des communications de MM. Chéron et de M. de Fleury, la voie était toute tracée, et M. Faure a eu le mérite de la suivre jusqu'au bout. Son expérience, car son travail est une véritable expérience clinique, conçue logiquement et menée rigoureusement, s'appuie sur quinze observations, minutieusement suivies et embrassant les diverses formes d'aliénation mentale. Il en résulte que les injections sous-cutanées de sérum artificiel et, à leur défaut, les injections intra-rectales peuvent rendre des services en aliénation mentale; qu'elles ont les avantages suivants : a) facilité d'administration chez les aliénés; b) technique simple et à la portée de tous; c) absence d'accidents.

Ces injections paraissent agir de deux façons : 1^o en éliminant les toxines, en les diluant et en rétablissant les sécrétions. Elles sont alors indiquées dans tous les cas où les troubles mentaux paraissent liés à des infections, à des auto-intoxications, c'est-à-dire à un empoisonnement de l'organisme et par suite du cerveau, et aussi pour les mêmes raisons, chez les épileptiques en état de crises subintrantes.

2^o En exerçant une action stimulante sur toutes les cellules, et en particulier les cellules nerveuses. Elles trouvent ainsi leurs indications dans les états de dépression mélancolique, et chez les épileptiques dont les fonctions de nutrition se trouvent ralenties.

L'auteur pense encore qu'elles pourront être utilement employées dans la démorphinisation et il signale tout spécialement leur action sur la fonction urinaire, qu'elles rétablissent rapidement, et sur la sitiophobie qu'elles font souvent disparaître.

Ce sont là des conclusions importantes, quoique prudentes, et il faut en déduire que, si la méthode ne peut donner des succès dans tous les cas, et surtout dans la pratique des asiles où l'on a si rarement l'occasion de soigner des maladies aiguës, elle est néanmoins capable de rendre de signalés services.

VII. — *Contribution à l'étude des délires transitoires séniles* ;
par le D^r L. Michaud. Juillet 1900, 91 pages.

L'étude des psychoses de la vieillesse, a dit M. le D^r Ritti dans son très important rapport sur ce sujet, au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Bordeaux, 1895, constitue un chapitre en quelque sorte nouveau de la pathologie mentale. Les premiers travaux entrant vraiment dans le cœur de la question, sont de date relativement récente. Mais, malgré les nombreuses observations recueillies, les mémoires et les thèses publiés dans ces dernières années, bien des points restent encore obscurs et prêtent à la controverse.

L'un des points ainsi visés par cet auteur, c'est la genèse des délires transitoires chez les vieillards. Depuis plusieurs années, on connaît l'existence de ces délires, on en décrit les symptômes et la marche ; mais leur pathogénie présente encore nombre de points à élucider. Or, M. le professeur Pierret a toujours insisté sur l'intérêt qu'offre à ce point de vue l'étude des psychoses temporaires qui apparaissent chez des sujets athéromateux séniles, semblent liées à des causes infectieuses, toxiques ou auto-toxiques et s'effacent sous l'influence d'une hygiène ou d'un traitement appropriés, pour ne laisser derrière elles que l'état mental antérieur constituant le fond sur lequel elles s'étaient développées, état mental qui peut ne pas en être modifié, ou au contraire être aggravé par le choc nouveau qu'il vient de ressentir.

C'est cette idée maîtresse que M. Michaud a paraphrasée dans sa thèse et qu'il a justifiée, après des considérations générales sur l'état psychique des vieillards, empruntées au travail de M. Ritti, que nous rappelions plus haut, et sur l'athérome, sujet que venait de traiter Potain, dans une leçon clinique toute récente (mars 1899), par l'analyse de douze observations

inédites, prises dans le service de M. Pierret, à l'asile de Bron, et suivies par M. Jacquin, son chef de clinique.

De ces faits, l'auteur a pu conclure qu'on voit apparaître assez fréquemment chez les vieillards athéromateux, des délires transitoires revêtant de préférence les types : confusion mentale ou mélancolie anxieuse, avec hallucinations de la vue, idées de ruine, d'indignité, de persécution. Ces délires sont souvent consécutifs à un état infectieux (grippe, affections broncho-pulmonaires, etc.). Ils disparaissent avec le traitement approprié au bout d'un temps relativement court (de deux à trois mois), et se terminent généralement par la guérison, si la maladie infectieuse n'a pas été d'une gravité suffisante pour entraîner la mort, ne laissant derrière eux que l'état mental sénile antérieur, parfois un peu aggravé.

Il découle de ce fait des conséquences importantes : 1° au point de vue du pronostic : un accès aigu surajouté de ce genre à des chances sérieuses de s'amender ; 2° au point de vue du traitement : ces accès sont justiciables d'un traitement destiné à éliminer les toxines ou les produits d'auto-intoxication : régime lacté, bains, lavements ou injections de sérum artificiel combinés avec l'emploi de l'iodure de potassium et de la sparteïne ; 3° enfin, au point de vue médico-légal, l'internement dans un asile d'aliénés pour des cas de ce genre pouvant être parfois évité au moins aux malades de la classe aisée, et des mesures hâtives de protection légale tendant à l'interdiction pouvant être ajournées.

VIII. — *Les entendants-muets (Alalie idiopathique de Coën)* ;
par le D^r G. Lévy. Novembre 1900, 125 p.

L'absence d'autopsie dans les cas d'alalie idiopathique permet toutes les interprétations pathogéniques et constitue une lacune dans l'histoire de cette intéressante maladie. Il n'a pas été donné à l'auteur de la combler ; mais, sous l'inspiration de M. Lannois, il a fait une excellente monographie et a grossi de plusieurs observations inédites le nombre des cas connus de ce mutisme qui se place, dans le cadre nosologique, entre le mutisme idiotique nettement apparent et la surdi-mutité, en dehors des aphasies vraies et du mutisme par lésions des organes périphériques de la parole.

Cette mutité, *sans surdité*, survient chez des sujets de trois à dix ans, qui présentent les caractères positifs et négatifs suivants :

- a) Etat physique et intellectuel d'apparence normale ;
- b) Audition intacte ;
- c) Organes périphériques de la parole dans des conditions normales de fonctionnement ;
- d) Absence de paralysie ou d'atrophie des membres.

Sous cette dénomination d'entendants-muets, il faut entendre : a) les cas décrits par Coën sous le nom d'alalie idiopathique avec absence de toute affection extérieure, avec intelligence intacte et intégrité des organes de la parole, où il s'agit d'un trouble congénital dont la nature reste à préciser ; b) les cas où une affection aiguë a précédé le développement de la parole et où on peut se demander si une encéphalite ou une méningite guéries n'ont pas laissé de lésions insuffisantes pour donner de l'idiotie ou de l'épilepsie, mais assez étendues pour retarder le développement de l'intelligence et du langage ; c) les cas où l'éducation a été inutile, comme ceux de Ladreit de Lacharrière, qui rentrent peut-être dans les cas de très légère idiotie invoqués par Heller ; ou les cas dans lesquels une des fonctions de l'entendement peut être troublée : mémoire, attention, etc. (cas d'ltard) ; d) les cas où le désir de parler manque ; e) les cas d'enfants sourds avant six ou sept ans recouvrant l'audition et restant muets (cas assez nombreux d'après Hamon du Fougeray) ; f) les cas où des adénoïdes ou de grosses amygdales peuvent, par les troubles respiratoires et le retentissement qu'elles peuvent avoir sur le fonctionnement intellectuel de l'enfant, jouer un rôle.

Il y a un intérêt pratique au point de vue de l'éducation à séparer ces enfants des idiots et sourds-muets, et à les soumettre à un traitement approprié ; et, pour ces arriérés de la parole, comme pour les autres arriérés, il serait utile de créer, à côté des écoles primaires ordinaires, des classes spéciales.

IX. — *De la mort subite dans les affections organiques des centres nerveux* ; par le D^r E. Vieille. Novembre 1900, 66 p.

En présence de ce fait que la mort subite se produit fréquemment au cours de la paralysie générale, du tabes, de l'épilepsie, et surtout dans les cas de tumeurs du cervelet et d'abcès de la fosse cérébelleuse, à l'occasion d'un traumatisme léger qui n'aurait pas eu de suites fâcheuses chez les individus sains, l'auteur a jugé intéressant de préciser le rôle de l'expert en face d'un cas de mort brusque en pareilles circonstances.

Au point de vue médico-légal, l'expert devra indiquer la discordance entre le peu d'importance du traumatisme lui-même et les conséquences graves qu'il a pu causer, lorsqu'un individu porteur d'une lésion organique des centres nerveux a été victime d'un léger traumatisme suivi de mort rapide, cette indication pouvant permettre de faire accorder à un coupable des circonstances atténuantes, s'il est reconnu que le coup qu'il a porté n'était pas de nature à amener la mort chez un homme sain.

De même, dans les accidents du travail, la responsabilité du patron pourra être discutée si la mort rapide, suite d'un traumatisme léger pendant le travail, est survenue chez un ouvrier porteur de lésions des centres nerveux.

X. — *De l'aérophagie et des troubles gastriques qui l'accompagnent*; par le D^r F. Vincens. Novembre 1900, 63 p.

L'auteur ne s'est pas attardé à la description du phénomène connu sous le nom d'aérophagie qu'on observe chez certains névropathes, et surtout chez certains hystériques, phénomène décrit par Aubert et Bouveret, de Lyon, dès 1891, et jouant un rôle important dans la pathogénie du tympanisme hystérique. Mais, comme certains auteurs ont admis qu'on n'observait pas de troubles gastriques dans ces cas, il lui a paru intéressant de contrôler cette affirmation trop absolue; or, il a constaté très souvent, concurremment avec l'aérophagie, des troubles dyspeptiques tels que de l'anorexie, des pesanteurs après le repas, une constipation opiniâtre, des vomissements, de l'atonie et de la dilatation de l'estomac. Ces troubles lui paraissent la conséquence plus ou moins directe de l'aérophagie, parce que dans la grande majorité des cas, les troubles dyspeptiques n'apparaissent que longtemps après le début des accès spasmodiques, et que, si l'on traite le symptôme, la dyspepsie disparaît elle-même. Néanmoins il admet que dans certains cas ce sont les troubles gastriques antérieurs qui sont la cause plus ou moins directe de l'aérophagie.

XI. — *Alcoolisme et dépopulation*; par le D^r H. Ovize. Novembre 1900, 63 p.

Après des considérations générales très bien pensées et très bien écrites, l'auteur entre dans le vif de son sujet, et, s'appuyant surtout sur des documents fournis par MM. Mayet, de Lyon, et Fleury, de Saint-Etienne, constate tout d'abord que les

auteurs sont unanimes à considérer l'alcoolisme comme un gros facteur de dépopulation. Puis il étudie les effets de l'alcoolisme aigu et de l'alcoolisme chronique, publie un tableau comparatif de la consommation d'alcool et de la mortalité générale et infantile dans les divers départements, d'après les recensements les plus récents, tableau donné par M. le professeur Mayet, et arrive à l'hérédo-alcoolisme dont il ne considère pas les dégâts comme aussi graves que l'ont dit notamment Legrain et Ladame. Aussi peut-il dire que, soit aigu, soit chronique, l'alcoolisme accroît bien la mortalité sous toutes les formes et diminue la longévité, mais que l'alcoolisme aigu accroît la natalité, a peut-être une influence sur la qualité de la population, mais n'en a pas sur la quantité, n'a pas, comme le dit Verhaeghe, une action directrice sur les phénomènes démographiques, particulièrement sur la marche de la population, et que c'est ailleurs qu'il faut chercher la cause prépondérante de la dépopulation en France.

XII. — *Essai sur l'alcoolisme (Causes sociales. — Conditions mentales. — Prophylaxie)*; par le D^r M. Champeaux. Novembre 1900, 91 p.

Travail d'ensemble dont la partie importante est une étude des résultats obtenus dans les divers pays par les mesures législatives et les tentatives privées de propagande antialcoolique. L'auteur distingue entre les malades par l'alcool dont la guérison est aléatoire, et les malades par l'alcool susceptibles de s'améliorer et même de guérir. Il pense que pour faire œuvre utile il faut s'abstenir des moyens légaux, impuissants à modifier les mœurs, et que seul l'exemple, parti des classes supérieures, pourra procurer quelque bénéfice social. Il est partisan de l'établissement d'asiles spéciaux pour alcooliques et d'une addition à la loi de 1838 permettant de garder un alcoolique devenu aliéné pendant six mois après sa guérison.

XIII. — *La névrose d'angoisse (Troubles nerveux d'origine sexuelle)*; par le D^r A. Manaud. Thèse de Lyon. Décembre 1900, 48 p.

Ce travail est un reflet des idées du D^r Tournier, de Lyon, sur l'étiologie des névroses. L'auteur tend à considérer l'état chronique d'angoisse avec obsessions, phobies, et troubles fonctionnels de divers organes (troubles vaso-moteurs, fausse

angine de poitrine, dyspnée, boulimie, etc.), qui s'y rattachent à titre de symptômes satellites ou équivalents, comme une névrose spéciale, se détachant du tableau clinique de l'hystérie, de la neurasthénie et de la dégénérescence héréditaire, et il admet que cette « névrose d'angoisse » relève d'une étiologie très spéciale, la non-satisfaction de l'excitation sexuelle; et dans un essai ingénieux de physiologie pathologique, donné sous réserve, il lui semble que le coït, « *epilepsia brevis* », peut avoir, comme l'autre épilepsie, des équivalents psychiques qui seraient les accès d'angoisse.

TH. TATY.

Estudio de Antropologia criminal espiritualista (Etude d'anthropologie criminelle spiritualiste); par B.-M. Andrade, avocat au barreau de Madrid, professeur à l'Académie royale de jurisprudence et de législation. Madrid. Typographie Rivadeneyra, 1899.

« Jusqu'à présent, dit la préface, l'étiquette de *positiviste-matérialiste* a seule pu donner accès dans le temple où se célèbre le culte de l'Anthropologie criminelle. Le brevet d'observateur et d'expérimentateur — au sens radical de ces mots — était nécessaire pour communier en une foi si intransigeante... » Absolutisme injuste, car « la méthode expérimentale n'est, par essence, exclusive d'aucune école; c'est un système d'investigation scientifique convenable à toutes celles qui étudient des faits ou des phénomènes... Aussi, ai-je la prétention de démontrer au cours de ce travail la possibilité d'une *anthropologie criminelle spiritualiste*, c'est-à-dire d'une observation du coupable en ses mœurs, coutumes, instincts, passions... en dehors du matérialisme et, par suite, du fatalisme où tombe l'école positiviste... »

Ces prémisses établies, le livre débute par un chapitre préliminaire où sont minutieusement examinées et reconnues les limites du Droit pénal et de l'Anthropologie criminelle; ces deux expressions de la science juridique moderne empiètent trop souvent l'une sur l'autre, alors qu'elles devraient seulement s'entr'aider : la première doit être, par ses caractères de correction et d'équité, un reflet de ce Droit supérieur qui guide les actes de notre conscience, soumise à Dieu seul; l'autre permet, grâce aux lumières nouvelles dont elle dispose, la sauvegarde d'un innocent ou d'un irresponsable. « La fin propre du Droit pénal est d'établir et d'appliquer la sanction juridique corres-

pendant aux actes, mauvais en soi, qui visent la société organisée ; la fin de l'Anthropologie criminelle est d'atteindre sur son propre terrain le plus grand nombre possible de vérités, de façon à ce que le législateur et les tribunaux édictent, respectivement, leurs lois et leurs arrêts dans le sens le plus voisin de la justice idéale... » Le Droit pénal a pour fondement la notion du libre arbitre ; l'anthropologie criminelle n'a pas à s'en inquiéter, cette question n'étant pas de sa compétence : elle doit se borner à étudier le délinquant, l'analyser dans son être physique et moral, en signaler les particularités, les tares, etc. « Il est donc possible de concevoir une science pénale en qui pourront coexister avec les principes spiritualistes, essence de la partie juridique, presque toutes les acquisitions nouvelles, issues des expériences anthropologiques modernes, fondant ainsi dans le système pénal de l'avenir l'esprit traditionnel et classique avec la plasticité latente des faits criminels étudiés *in concreto*. »

Le chapitre I est consacré au *Délit considéré comme fait naturel*. A l'origine du monde, Adam commettait un larcin, sous l'inspiration de la première femme ; plus tard, Caïn tuait Abel : ce sont là les premiers crimes connus. Mais, depuis lors, ils sont fréquents sur la terre ; peut-on en conclure que le crime est inhérent à la nature humaine ? — Qu'est-ce d'abord que le délit ? Les premiers linéaments, répond l'écrivain, en sont perceptibles dans ces actes d'égoïsme qui, sans nécessité pour la conservation ou reproduction de l'individu, causent un dommage à autrui. De sorte que la plante insectivore, le loup ravisseur, le Calédonien anthropophage, ne sauraient, à proprement parler, être considérés comme criminels tant que leurs actes sont la stricte conséquence de leurs besoins. Ils commencent à le devenir lorsque, déjà rassasiés, végétal, fauve ou sauvage se livrent à une tuerie que leur imposent seuls un instinct ou une ivresse sanguinaires. L'homme a une inclination naturelle aux actes délictueux, probablement par atavisme, ses ancêtres ayant employé la ruse, la force, la violence, pour satisfaire d'abord leurs besoins alimentaires ou génésiques, et, par abus, ayant ensuite usé des mêmes procédés, reconnus efficaces, pour obtenir l'accomplissement de désirs passagers ou de pures fantaisies ; l'enfant, qui vit à l'état de nature durant ses quelques premiers mois d'existence, apporte une preuve suffisante à cette assertion ; le sauvage en fournit d'autres. Dans la société, le délit existe en permanence, pour ainsi dire, sous des formes acceptées, excusées, parfois même honorées : la fornication,

l'adultère, le duel, la ruine par le jeu, l'intoxication ébrieuse, la sophistication, l'usure sont de véritables attentats. Le crime est donc naturel à l'homme, « à la façon dont l'orgueil et la vanité sont des maux de l'esprit, la pneumonie et la tuberculose des maladies du corps, c'est-à-dire sans qu'il y ait, pour chaque homme, pris individuellement, obligation de fauter... » La théorie de Garofalo, la plus complète émanée de l'école positiviste, est sans danger pour le véritable spiritualisme, où elle verse, d'ailleurs, parfois, contre le gré de son auteur.

Le chapitre II traite des *Facteurs du délit*. Pour Marro, dont l'auteur partage les vues, ces facteurs se mélangent de façon si intime qu'il est difficile, souvent, de faire une juste part à ceux d'ordre social et à ceux d'origine native. Le camp positiviste se sépare d'ailleurs en deux écoles sur ce point : Maudsley, que soutiennent Lombroso et ses fidèles, admet que « l'on naît criminel aussi bien que poète » ; Lacassagne, au contraire, suivi d'Angiulli, Bianchi, etc., estime que le milieu social est le bouillon de culture où évolue la criminalité. Partisan d'une juste moyenne, le spiritualiste croit, lui, tantôt à une prédisposition originelle, qui peut cependant avorter dans ses conséquences, tantôt à une action nocive, délétère, de l'ambiance sur l'individu. Selon lui, les facteurs principaux seraient : l'*âge*, surtout chez l'enfant (imitation) ; — le *sexe*, dont il considère le type masculin comme plus facilement criminel, la femme, en dépit de sa faiblesse physique et mentale, de ses chutes (prostitution), de sa vanité, de son imprévoyance, de ses tares dégénératives si volontiers invoquées par les anthropologistes, étant un être essentiellement religieux, pudique, moral en un mot, et, somme toute, moins souvent coupable que l'homme, d'après la statistique ; — l'*état civil* (célibat laïque) ; — la *profession* (caissiers, notaires, manieurs de fonds publics ou privés) ; — la *misère* ; — l'*alcoolisme* ; — l'*éducation*, lorsqu'elle n'a pas pour base la morale religieuse et, plus particulièrement, la morale catholique, « inspiratrice des plus hauts principes, et, sans doute aucun, règle véritable du bien-faire dans toutes les conditions sociales... Du reste, l'éducation ne saurait être morale sans être religieuse, et véritablement religieuse sans être chrétienne. »

Chapitre III. Revue critique des diverses classifications du criminel proposées par Lombroso, Virgilio, Ferri, Polletti, Garofalo, Minzloff, Le Bon, Lacassagne, Arboux, Liszt, Föhring, etc., se terminant par les deux conclusions : 1° Quelle

que soit l'opinion raisonnée que l'on se forme sur la théorie du criminel-né et du type criminel de Lombroso, il n'y a pas lieu d'entacher ces vues de matérialisme ; 2° le fatalisme ne se déduit pas davantage des autres classifications proposées par les anthropologues positivistes.

Le chapitre IV a pour titre : *Atavisme, hérédité, dégénérescence*, et discute au point de vue spiritualiste les opinions les plus célèbres émises sur cette triple question. L'*atavisme* a pour caractère essentiel la régression plus ou moins étendue, plus ou moins profonde, vers un type humain primitif, brut et grossier. L'étude de cette déformation a séduit maints observateurs qui en ont ainsi donné des théories propres et des appellations distinctives : l'*atavisme* préhumain, de Sergi, a pour base cette conception de la criminalité qui fait consister celle-ci dans une absence des degrés de perfection correspondant aux états supérieurs, application de la théorie darwinienne que rejette l'auteur, à cause de son hypothèse initiale, savoir, l'origine de l'homme au sein de l'animalité inférieure. L'*atavisme* moral de Colajani serait pour lui plus acceptable, « qui affirme que les caractères éthiques du criminel moderne sont analogues à ceux de l'homme primitif... » Ce concept n'a rien de contraire à la foi spiritualiste, non plus que celui de Ferrero (*atavisme* équivalentiel), qui voit dans l'homicide, le voleur, l'escroc-né, « des êtres ataviques, parce qu'ils sont incapables de s'adapter à l'uniformité, à la régularité du travail humain dans notre milieu social, et qu'ils ne peuvent assurer leur existence que par l'activité intermittente de la chasse et de la pêche, occupations uniques de l'homme primitif ; le criminel, en somme, est un dépossédé de la civilisation, à laquelle il ne peut s'adapter que par des moyens indirects qui justement constituent le délit ».

L'importance de l'*hérédité* ne saurait être mise en doute, et fut reconnue de tout temps (Lois de Manou) ; mais l'école positiviste a tort de la considérer comme une loi fatale jusque dans les actes et de dire, avec Le Bon, que « l'on naît criminel comme on naît cancéreux, *sans que rien puisse entraver cette tendance* », et, avec Maudsley, qu'« on ne devient pas voleur, mais qu'on naît tel, comme on naît poète... » C'est si vrai que pas un anthropologue tenant de cette doctrine n'osera soutenir *a priori* la culpabilité précoce d'un nouveau-né, fils d'un criminel endurci et de la dernière des femmes, ni le condamner logiquement à la prison préventive...

En réalité, on hérite d'inclinations, de penchants vicieux,

susceptibles d'amendement par voie d'éducation appropriée.

La *dégénérescence* est une résultante. Prétendre que le criminel est un dégénéré, un invalide de la civilisation, c'est-à-dire un individu que signalent des caractères particuliers d'infériorité mentale et physique, n'a rien de répugnant pour un spiritualiste, à condition, toutefois, qu'on n'en fasse point, par cela même, comme il a déjà été objecté plus haut, un être né fatalement et nécessairement pour le crime.

Les chapitres V et VI sont consacrés à la *Folie*, ce deuxième aspect de la question anthropologique, l'homme normal ayant été seul en cause jusqu'ici. Ils débutent par un éloge des grands aliénistes du siècle et une protestation, d'autant plus méritoire qu'elle vient d'un avocat, contre la tendance que magistrats, jurés ou légistes témoignent trop souvent à vouloir trancher, sans lumières suffisantes, sur l'état mental des criminels. Suivent un historique et une énumération des différents systèmes de classification morbide, avec brèves relations cliniques à l'appui des formes principales. Bien que le Code ne paraisse considérer comme fou que l'homme privé de raison et agissant dans une période d'obnubilation complète, il y a lieu, néanmoins, de tenir un compte précieux de l'opinion des spécialistes qui n'hésitent pas, et sont unanimes à déclarer patentés et légalement excusables les perturbations affectives ou morales, les impulsions et les diverses lésions de la volonté. Cette thèse ne saurait, du reste, aller contre la doctrine spiritualiste, la volonté ayant, pour les adeptes de cette philosophie, autant d'importance que l'intelligence elle-même, dans la texture de l'être raisonnable et, par suite, dans l'exercice de son libre arbitre.

L'ouvrage prend fin avec un VIII^e chapitre, consacré aux *anarchistes*, à l'analyse de leur doctrine, à l'énumération des ouvrages philosophiques propagateurs de celle-ci, à la classification en groupes naturels des adoptes de ce mouvement social... C'est ainsi qu'on peut dire les uns *théoriciens purs* : tels Reclus, Tolstoï, Ibsen, Hugo, et généralement tous les penseurs et philosophes de la secte ; les autres *criminels*, et les subdiviser en *inducteurs* ou *instigateurs* (Bakounine, Kropotkine) et *acteurs* ou *exécuteurs* (Ravachol, Vaillant, Caserio, etc.). Ces derniers, de préférence, intéressent l'anthropologie, plus d'un malfaiteur masquant du prétexte anarchique sa férocité native. Pour Lombroso, dont un extrait copieux figure dans ce chapitre, Ravachol et Pini présenteraient le type

accompli du criminel d'origine, Vaillant est hystérique, Caserio constitue « un admirable exemple de culpabilité passionnelle... Les excitations anormales de son cerveau furent le produit de l'hérédité comitiale, extériorisée, d'abord, sous forme de fanatisme religieux, et, plus tard, de fanatisme politique. Henry, Vaillant et Faure avaient aussi, à leurs débuts, ressenti le même enthousiasme religieux si contraire, en apparence, à leurs croyances ultérieures; en apparence seulement, car, au fond, ce sont mêmes choses, nées de la tendance à exagérer l'idéal, c'est-à-dire les sentiments les moins positifs, les plus éloignés de la pratique et de la réalité... Aussi, cet homme qui aurait été un Pierre l'Ermite, s'il avait vécu en d'autres temps, où il eût baigné dans une ambiance mystique et respiré l'encens à toute heure, par le fait qu'il hante, dès la dix-septième année, de fanatiques anarchistes dont il s'assimile les idées et dévore les journaux, substitue au fanatisme religieux le fanatisme économique et tue un président de République »..... L'auteur, spiritualiste et chrétien, repousse avec force ces appréciations de Lombroso.

D^r NICOULAU.

L'âme du criminel; par le D^r Maurice de Fleury, 1 vol. in-18, de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, Paris, Félix Alcan, 1898.

Les recherches théoriques, dans n'importe quel domaine du savoir, exercent tôt ou tard une influence sur la pratique. Le penseur dans son cabinet, le savant dans son laboratoire, cherchent la vérité, laissant à d'autres le soin de tirer les conséquences sociales ou morales qui en découlent, ou simplement les applications qu'elle comporte.

De l'immense labeur scientifique qui, en un tiers de siècle, a complètement transformé la psychologie classique; des recherches d'une science jeune et pleine d'ardeur, l'anthropologie criminelle, il devra sortir avec le temps quelques modifications dans notre manière d'envisager la grave question sociale « des délits et des peines ». C'est bien ce que pense M. Maurice de Fleury, qui, dans son excellent livre sur *l'Âme du criminel*, cherche à dégager des théories nouvelles ce qui peut entrer dans la pratique, à nous faire entrevoir par quels procédés nouveaux on arrivera, tôt ou tard, à réprimer le crime et même à le prévenir.

Ce volume, écrit d'un style clair et élégant, comprend trois parties. Dans la première sont étudiés le cerveau de l'homme et le libre arbitre. L'auteur retrace d'abord à grands traits nos connaissances actuelles sur l'anatomie et la physiologie cérébrales; qui l'amènent à des conclusions très nettes relativement à la fameuse dualité du corps et de l'âme. « Bon gré mal gré, écrit-il, tout ce que nous savons nous contraint à admettre comme totale et absolue l'incarnation de l'esprit dans le corps. Ils subissent un sort commun, et rien jamais ne les différencie de ce qui peut tomber sous l'observation scientifique. » Après un chapitre très suggestif sur la personne humaine, inspiré surtout par les travaux d'Azam, de MM. Th. Ribot et Pierre Janet, M. Maurice de Fleury aborde la délicate question du libre arbitre, sur laquelle on a tant disputé, mais qui ne passionne plus guère que quelques métaphysiciens attardés. Notre auteur est résolument déterministe, et voici, en quelques lignes, les raisons qu'il en donne : « Le libre arbitre consisterait, par définition, à agir — comment dire ? il n'y a pas de mots sensés pour traduire cette impossibilité — à agir indépendamment des motifs, en se débarrassant absolument de son passé psychologique, et à décider de soi seul, c'est-à-dire de rien, puisque le moi est fait précisément de ce passé psychologique. Il n'y aurait ainsi de libre que le fou, que rien de plausible n'arrête ni n'oblige. Le sage, par le fait même qu'il obéit à des raisons, n'est plus que le théâtre où ces raisons luttent pour s'accomplir. » Autrement dit, « les actions de l'homme obéissent aux lois naturelles. Or, la première de ces lois, c'est que rien ne se crée de rien. Toutes choses sont engendrées ; tout n'est que transformation de forces ». C'est ce qu'avait déjà admirablement formulé Voltaire, dans cette phrase écrite justement à propos de la liberté de l'homme : « Tout événement présent est né du passé et est père du futur... »

La deuxième partie est consacrée à l'étude du déterminisme et de la responsabilité. En un premier chapitre, on suit avec intérêt l'auteur dans son analyse psycho-physiologique des concepts de crime, de remords et de justice, qui tous ont une origine purement humaine; nous ne nous y arrêtons pas, afin d'arriver plus vite au chapitre suivant, où se trouve traitée la grave question de l'idée de responsabilité. M. Maurice de Fleury passe en revue toutes les opinions émises dans ces derniers temps sur ce problème passionnant pour les philosophes, les aliénistes, les anthropologistes, etc., et au milieu desquelles

il est bien difficile de se reconnaître; aussi, pour mieux faire comprendre ses idées déterministes, il en appelle à l'expérience, aux faits, à la clinique criminelle, et, certes, par ce moyen de démonstration, on saisit mieux la complexité du sujet et l'inanité des dissertations métaphysiques pour nous apprendre ce qu'est la responsabilité morale et où commence la responsabilité légale.

En se basant sur la discussion des faits, M. Maurice de Fleury arrive à cette conséquence pratique de la nécessité d'associer plus intimement le médecin à l'œuvre du magistrat. « Pour s'éclairer sur la psychologie d'un inculpé, écrit-il, pour tenter de descendre dans les ténèbres de son âme, le magistrat nouveau, dont l'avènement n'est pas loin, s'appuiera sur le médecin neurologiste et psychologue; il exigera que l'expertise médico-légale, qui n'est aujourd'hui qu'une mesure exceptionnelle, soit de règle, ne serait-ce que pour établir de bonnes statistiques, nous éclairant une fois pour toutes sur la genèse du mal, sur la part de l'hérédité et celle de l'éducation. »

Dans la troisième partie, l'auteur aborde les conséquences pratiques des idées théoriques précédemment émises; elles concernent, d'une part, la répression du crime, et, d'autre part, la prophylaxie du mal.

En son piquant « Commentaire sur le livre des délits et des peines » de Beccaria, Voltaire écrivait : « La recherche des crimes exige des rigueurs; c'est une guerre que la justice humaine fait à la méchanceté; mais il y a de la générosité et de la compassion jusque dans la guerre. Le brave est compatissant; faudrait-il que l'homme de loi fût barbare? » D'aucuns prétendent que, dans la lutte contre la « méchanceté », on met aujourd'hui trop de compassion et de générosité, et que, pour vaincre l'armée du crime, il faudrait, non de la pitié, mais une implacable sévérité. Mais d'abord il s'agirait de savoir si l'ancien droit de punir, avec sa dureté barbare et implacable, a réellement donné les résultats que certains en attendraient aujourd'hui; de bons esprits en doutent, et M. Maurice de Fleury est du nombre. Aussi propose-t-il un certain nombre de mesures thérapeutiques et prophylactiques qui lui semblent découler de la nature des choses, des opinions en cours; et il nous semble que quelques-unes d'entre elles ne tarderont pas à se réaliser; elles sont dans un prochain devenir. Sans doute, le plan général que, d'après lui, la société de demain devrait adopter pour se défendre contre les assassins, les meurtriers et

les voleurs pourra paraître trop complexe ; mais du moins a-t-il le mérite d'avoir été étudié avec soin. Tous ceux qui ont le souci de l'ordre social et le devoir de le maintenir auront tout intérêt à se renseigner sur ces moyens de défense dont l'application méthodique doit conduire à la raréfaction du crime.

On voit que le livre si suggestif de notre distingué confrère s'adresse non seulement aux médecins, mais aussi et surtout aux magistrats, aux législateurs, aux administrateurs, qui verront comment les problèmes sociaux, dont la solution relevait jusqu'ici du plus pur empirisme, peuvent être traités à l'aide de la méthode scientifique.

ANT. RITTI.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— I pazzi criminali al manicomio provinciale di Verona nel decennio 1890-1899 ; par Giulio Pelanda et Alessandro Caines. 1 vol. in-8° (352 pages) de la *Biblioteca antropologico-giuridica*. Turin, Fratelli Bocca, 1902.

— First annual report of the managers of the Manhattan State hospital, West, at New-York to the State commission in lunacy for the year ending september 30, 1900. 74 pages in-8°. Albany, James B. Lyon, 1901.

— Étude sur l'emploi thérapeutique de l'acide cacodylique dans les maladies mentales ; par le D^r Ernest Paulet. 70 pages in-8°. Paris, A. Maloine, 1901.

— Sur la question de la valeur clinique de la contraction idio-musculaire dans les maladies mentales ; par les D^{rs} Serge Soukhanoff et Pierre Gannouchkine, de Moscou. 4 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*. Paris, s. d.

— Pennsylvania hospital. Annual report of the department of the insane for the year ending fourth month twenty fifth, 1901. 67 pages in-8°. Philadelphia, Penn., 1901.

— Klinotherapie. Diffusão de seu uso, sua technica e resultados no tratamento das psychoses ; par le professeur Juliano Moreira, de Bahia. 49 pages in-8°. Extrait du *Brazil medico*. Rio-de-Janeiro, 1901.

— Asile de Dijon. Rapport médical, compte moral et administratif présenté pour l'année 1900 ; par le D^r Samuel Garnier, directeur-médecin. 88 pages in-8°. Dijon, 1901.

— Twenty-second annual report of the managers of the Binghamton State hospital at Binghamton, N. Y., to the State

commission in lunacy For the year ending september 30, 1900. 72 pages in-8°. Albany, James B. Lyon, 1901.

— Marie Alacoque. Sa folie hystérique Miracle de la chemise. Ses prédécesseurs ; par le D^r Rouby. 52 pages in-8°. Alger, 1901.

— Die Dipsomanie. Eine Klinische Studie; par le D^r Robert Kauppe, privat-docent. à l'Université de Heidelberg. 161 pages in-8°. Iéna. Gustav Fischer, 1901.

— Fifth annual report of the Long Islan State hospitals to the State commission in lunacy. For tho year 1900. 79 pages in-8°. Albany, James B. Lyon, 1901.

— Influenza degli stati emotivi sulla genesi e sullo sviluppo dei deliri et di alcune psicosi ; par le D^r C. Ferrari. 62 pages in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di Freniatria*. Reggio-Emilia. 1901.

— Annual report of the Elmira reformatory, For the year ending september 30, 1900. Twenty-filth year book, illustrated. 91 pages in-8°, avec planches. 1900.

— Beiträge zur Pathogenese und pathologischen Anatomie der Epilepsie; par le D^r L.-W. Weber, médecin en chef et privat-docent à Göttingue. 100 pages in-8°, avec planches. Iéna, Gustav Fischer, 1901.

— Nuovo contributo alla demenza paralitica nei pellagrosi; par le D^r C. Pianetta, vice-directeur du manicomio provincial de Brescia. 7 pages in-8°. Extrait de la *Rivista di patologia nervosa e mentale*. Firenze, 1900.

— Ninth biennial report of the Wisconsin State hospital for the insane. For the two fiscal years ending september 30, 1900. 76 pages in-8°. Madison, 1901.

— Sulle cause e sulla profilassi della pazzia. Studio statistico-clinico ; par le professeur P. Funaioli. 293 pages in-8°. Siena, 1900.

— Deux cas d'aphasie; par le D^r Viallon, médecin à l'asile de Bron. 11 pages in-8° avec figures. Extrait de l'*Echo médical de Lyon*, mars 1901.

— Zur Lehre von der Blutzirkulation in der Schödelhöhle des Menschen namentlich unter dem Einfluss der Medikamenten. Experimentelle Untersuchungen ; par le D^r Hans Berger, de la Clinique psychiatrique de Iéna. 78 pages in-8°, avec planches. Iéna, Gustav Fischer, 1901.

— Simulación de la locura por alienados verdaderos (sobre simulación); par le D^r José Ingegnieros, chef de la Clinique de neuropathologie de la Faculté de médecine de Buenos-Aires. 30 pages in-8°. Extrait de la *Criminologia moderna*, 1901.

— Notes on the treatment of diseases of the nervous system.
— Lecture IV et V. On treatment of paralysis resulting from

lesion of the upper motor neuron; par le D^r J.-J. Graham Brown. 2 brochures in-8°, 32-23. Extraits du *Scottish medical and surgical Journal*, avril et juin 1901.

— Uno pseudo-delinquente passionale; par le D^r Luigi Cappelletti. 21 pages, in-9°. Extrait du *Bollettino del manicomio di Ferrara*, 1901.

— Bericht der niederöstr. Landesauschusses über seine Amtswirksamkeit vom 1. Juli 1899 bis 30 Juni 1900. — VI. Gesundheitswesen, Landes-Wohlthatigkeits-anstalten, Militäreinquantirung und Vorspann. Rapporteur : Léopold Steiner. 1 vol. in-8° de 448 pages. Vienne, 1900.

— Augmentation progressive du nombre des aliénés dans le Rhône. Assistance à domicile et colonies familiales; par le D^r Viallon, médecin à l'asile de Bron. 7 pages in-8°. Extrait de l'*Echo médical de Lyon*, avril 1901.

— De la simulacion de la locura. Travail présenté au Congrès scientifique latino-américain tenu à Montevideo en mars 1901, par le professeur José Ingenieros. 15 pages, in-12. Extrait de la *Semana medica*. Buenos-Aires, 1901.

— Fifth annual report of the managers of the Manhattan state hospitals at New-York to the State commission in lunacy. For the year ending september 30, 1900. 113 pages in-8°, avec planches. Albany, James B. Lyon, 1901.

— Asile de Bonneval. Extrait du compte moral et administratif pour l'année 1899, suivi du rapport médical; par le D^r L. Déricq, médecin-directeur, 21 pages in-8°. Chartres, 1900.

— Eloge du professeur Korsakoff, de Moscou; par le D^r Ant. Ritti. 7 pages in-8°. Extrait des Comptes rendus de la Section de Psychiatrie du XIII^e Congrès international de médecine. Paris. Masson et C^{ie}, s. d.

— The revival of phrenology. The mental functions of the brain. An investigation into their localisation and their manifestation in health and disease (La renaissance de la phrénologie. Les fonctions mentales du cerveau. Recherches sur leurs localisations et leurs manifestations à l'état normal et dans les maladies); par le D^r Bernard Hollander. 1 vol. cart. à l'anglaise de 512 pages avec planches. Londres, Grant Richards, 1901.

— Asile de Bonneval. Extrait du compte moral et administratif pour l'année 1900, suivi de rapport médical; par le D^r L. Déricq, médecin-directeur. 30 pages in-8°, Chartres, 1901.

— L'epilessia. Eziologia. Patogenesi. Cura; par le D^r Paolo Pini. 1 vol. in-18 des *Manuali Hoepli*. Milan. Utrico Hoepli, 1902.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés de septembre 1901 : M. le D^r Colin, médecin adjoint des asiles en disponibilité, médecin du quartier spécial de Gaillon, est nommé médecin en chef des asiles de la Seine et chargé en cette qualité de l'organisation du service des aliénés vicieux et criminels. Il est compris dans la 3^e classe de son grade (5.000 fr.) ;

M. le D^r RAMADIER, médecin-directeur de l'asile de Rodez (Aveyron), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8.000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} octobre 1901.

LES SUICIDES EN FRANCE EN 1898

On constate en 1898 un très léger accroissement du nombre des suicides : 9.438 en 1898 ou 82 de plus qu'en 1897 ; voici d'ailleurs quel a été le mouvement des morts volontaires au cours de la dernière période quinquennale :

1894..	9.703
1895..	9.263
1896..	9.620
1897..	9.356
1898..	9.438

Il est permis de conclure de cette comparaison que la diminution de 1895 peut être considérée, sinon comme un commencement de décroissance réelle, du moins comme l'indice d'un temps d'arrêt nettement marqué. Le département de la Seine fournit 1/6 des suicides, c'est-à-dire 1.566, ou 64 de moins qu'en 1897.

Quatre-vingt-cinq suicidés avaient moins de seize ans ; 477 étaient âgés de seize à vingt et un ans, 1.436 de vingt et un ans à trente ans, 1.285 de trente à quarante ans, 1.669 de quarante à cinquante ans, 1.852 de cinquante à soixante ans, et 2.356 avaient plus de soixante ans ; l'âge de 278 est resté inconnu.

Au point de vue de l'état civil constaté seulement pour

8.899 suicidés, on relève 3.008 célibataires, 2.502 mariés avec enfants, 1.422 mariés sans enfants, 1.113 veufs avec enfants et 834 veufs sans enfants.

On comptait parmi les suicidés 2.436 individus attachés à l'agriculture, 1.668 appartenant aux diverses industries, 1.262 négociants ou marchands, 1.380 exerçant des professions libérales, 1.511 domestiques et 1.181 qui n'avaient pas de profession ou dont les moyens d'existence sont restés ignorés.

Quant aux motifs présumés des suicides, les enquêtes auxquelles il a été procédé fournissent les résultats ci-après : misère et revers de fortune, 1.537 ; chagrins de famille, 943 ; amour, jalousie, 624 ; ivresse, ivrognerie, 1.226 ; peines diverses, 2.705 (dont 1.786 de souffrances physiques) ; maladies cérébrales, 1.347 ; motifs inconnus, 1.056. (*Revue scientifique*, numéro du 12 octobre 1901.)

LE NOUVEL ASILE D'ALIÉNÉS DE L'ÉTAT DE SÃO-PAULO, AU BRÉSIL.

Il y a quelque dix ans, le service des aliénés de l'État de São-Paulo, au Brésil, ressemblait encore à ce qu'il était chez nous avant Pinel ; on accumulait dans un vieil édifice, non approprié à son but, tous les aliénés de la région, sans qu'il fût possible de les classer et de leur donner les soins que comportait leur état.

M. le Dr Franco da Rocha eut alors l'heureuse et philanthropique idée de proposer aux pouvoirs publics la fondation d'un asile, conformément aux acquisitions les plus récentes de la science. Le gouvernement de l'État s'empressa d'accepter les idées de notre distingué confrère et lui donna avec libéralité tous les moyens nécessaires pour mettre ses projets à exécution.

Les travaux furent commencés en 1896 et, dès 1898, on put inaugurer une des deux parties de l'établissement, la colonie agricole. Quelques années après, l'asile de traitement proprement dit était installé à son tour, et on peut dire aujourd'hui que M. da Rocha a heureusement mené à terme sa belle et noble entreprise.

Notre confrère a bien voulu nous envoyer les plans de son asile avec quelques renseignements spéciaux qui nous permettront d'en donner une rapide description.

L'établissement, qui porte le nom d'asile de Juquery, est construit dans un site montagneux, à cinquante minutes de São-Paulo. On s'y rend par un des chemins de fer qui vont de la capitale à l'intérieur de l'État. Il est, comme nous l'avons

déjà dit, composé de deux parties : l'asile de traitement et la dépendance coloniale, reliées entre elle par une voie ferrée d'un kilomètre.

La colonie forme un groupe de huit pavillons d'un style sobre mais élégant et contenant chacun 20 lits; on voit, en outre, aux deux extrémités de la ligne qui sépare les deux rangées de pavillons, le pavillon du gardien et un pavillon pour l'économat; au fond, se dressent les étables.

C'est dans cette colonie que sont hospitalisés les aliénés chroniques indigents, composés pour la plus grande majorité d'ouvriers des champs. On utilise leur activité et leurs capacités à des travaux agricoles : culture des céréales, culture potagère et maraîchère, élevage de bétail et d'animaux de basse-cour, etc. Pour tous ces travaux, la colonie a 170 hectares à sa disposition, tant en terrains de culture qu'en terrains de pâturage.

L'« Hospicio », c'est-à-dire la partie de l'établissement destinée au traitement des aliénés, est lui aussi construit en forme de pavillons distincts, au nombre de huit, sur deux rangs, avec, de chaque côté, un pavillon d'isolement. Sur le devant, le bâtiment d'administration; au centre, l'économat, et, au fond, au milieu des jardins, les infirmeries.

Chaque pavillon d'isolement contient 80 lits, et possède, en outre, des lieux de réunion, des salles de repos pour certaines heures de jour, un réfectoire et, outre les dortoirs, 10 chambres séparées pour un ou deux malades.

L'asile dans son ensemble peut donc contenir 700 malades; la population de l'Etat de São-Paulo est d'environ 2 millions d'habitants.

M. Franco da Rocha, qui est un aliéniste distingué, dont les travaux sont estimés, a introduit dans l'asile dont il vient de doter son pays tous les procédés de thérapeutique que les progrès de la science ont mis en usage en Europe. Il applique le plus qu'il peut l'*Open-door*, autant du moins que le lui permettent les conditions actuelles de l'administration et des services d'un asile en voie de formation. Nous sommes convaincus que sous la direction de notre savant confrère, ce bel établissement, dont il est le créateur, rendra des services éminents et à la science et à l'humanité. — A. R.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (suite).

93. *Trois enfants tués par leur mère.* — On mande de Privas qu'à Chamby, commune de Montpezat, une femme de trente-deux ans qui relevait de couches, profitant de l'absence de son mari, parti pour aller moissonner dans le Midi, a, dans

un accès de folie, tué à coups de hache ses trois enfants, dont l'aîné était âgé de trois ans.

Son triple forfait accompli, la malheureuse s'est porté trois coups de marteau à la tête et un coup de couteau au cou. Elle a survécu à ses blessures. (Le *Temps*, numéro du lundi 8 juillet 1901.)

94. *Homicide*. — On télégraphie de Rochefort au *Journal* (numéro du lundi 8 juillet 1901) :

« M. Alfred Pharamond, tuilier à Dirac, marié depuis un an à peine, et qui, depuis quelque temps, donnait des signes de dérangement cérébral, a étranglé sa femme. Puis, froidement, il est allé dire son forfait à sa sœur et au maire.

« Pharamond avait étranglé sa femme pendant son sommeil et avec une telle violence que les os du larynx ont été broyés. Il va être interné. »

95. *Incendie et menaces de mort*. — Un garçon de magasin, M. Edouard Scheffer, âgé de quarante-cinq ans, demeurant rue de Solférino, à Aubervilliers, a été subitement atteint, hier après-midi, de folie furieuse.

Après avoir tout brisé chez lui, il fit un tas des débris de ses meubles et, les arrosant de pétrole, il y mit le feu. Sa femme, en voyant de la fumée, s'empressa d'accourir; mais, à sa vue, le dément saisit une torche de papier enflammée à la main et il la poursuivit, cherchant à mettre le feu à ses vêtements.

La pauvre femme ne dut son salut qu'à l'intervention des voisins, qui, après une lutte acharnée, arrivèrent à conduire le fou chez M. Huet, commissaire de police d'Aubervilliers, qui a envoyé le pauvre dément à l'infirmerie du Dépôt. (Le *Journal*, numéro du vendredi 19 juillet 1901.)

96. *Tentative d'homicide*. — On télégraphie de Vienne à *Paris-Nouvelles*, le 29 juillet 1901 :

« Le nommé Basile Wasylcyscyn a frappé et assommé d'un coup de bâton sur la tête le prélat Hausmann, vieillard de soixante-quatorze ans, au moment où celui-ci montait à l'autel pour dire la messe. Le prélat, dont l'état est grave, survivra.

« Wasylcyscyn, riche bourgeois ruiné par l'ivrognerie, réclamait une somme de 20.000 francs au chapitre de la cathédrale.

« Il a été antérieurement arrêté chez le gouverneur de Galicie, à la Hofburg, et dans tous les lieux officiels où il présentait des réclamations extravagantes. Il a été quatre fois interné comme aliéné. »

97. *Un fou incendiaire*. — Dans le courant de la semaine dernière, une dizaine d'incendies ont successivement éclaté dans différentes communes du canton de Grisolles (Tarn-et-Garonne.)

L'enquête à laquelle s'est livré le parquet de Castelsarrasin a

établi que ces sinistres étaient dus à la malveillance et qu'ils étaient l'œuvre d'un jeune homme de dix-sept ans, J.-M. Pagès, vivant dans sa famille.

L'auteur de ces incendies est un irresponsable qui n'avait jamais paru dangereux. Il assistait à tous les désastres que sa main préparait, prêtait même secours aux victimes, mais profitait de ce que les habitants d'un quartier étaient occupés à éteindre le feu pour aller allumer un autre incendie plus loin. Il a créé ainsi jusqu'à cinq sinistres dans une même nuit. (Le *Temps*, numéro du jeudi 1^{er} août 1901.)

98. *Homicide*. — On nous télégraphie de Quimper, qu'une mère de famille de vingt-neuf ans, Jeanne Gueguen, femme d'un manoeuvre, a pendu hier, dans un accès de folie, sa dernière fillette, âgée de cinq mois, et allait faire subir le même sort à un autre enfant de quatre ans, lorsqu'un voisin vint la mettre hors d'état de nuire. Il fallut user de la camisole de force pour la transporter à l'hospice.

Il reste trois enfants au ménage Gueguen. (Le *Temps*, numéro du lundi 5 août 1901.)

99. *Un fratricide*. — Les deux frères Penel, Charles et Jean, propriétaires à Eclassan (Ardèche), habitaient la même maison. Le cadet, Charles, âgé de trente et un ans, avait été réformé étant au corps, pour cause de dérangement de ses facultés mentales, et renvoyé dans ses foyers. Son frère aîné, Jean, au lieu de le placer dans une maison de santé, voulut le garder auprès de lui. Mal lui en a pris. Le détraqué, loin d'être reconnaissant de la sollicitude que lui témoignait son frère, le prit en haine, et avant-hier dans la nuit il lui a tiré, pendant son sommeil, un coup de fusil à bout portant dans la tête. Jean se débattant encore, le fou le frappa à coups de crosse, puis, son arme s'étant brisée, à coup de pincettes. Tout signe de vie de sa victime ayant cessé, il alla se constituer prisonnier à la gendarmerie voisine. (Le *Temps*, numéro du mardi 6 août 1901.)

100. *Double meurtre, tentative de suicide du meurtrier*. — Sous ce titre, la *Petite Gironde* de Bordeaux, du mardi 13 août 1901, publie le fait-divers suivant :

Un épouvantable drame vient d'avoir pour théâtre le petit chemin extérieur de la poterne du Château-Vieux.

Le sieur de Sentuary, représentant de commerce, séparé judiciairement de sa femme, nourrissait une vive rancune contre cette dernière et contre un honorable négociant de notre ville, M. Plagnard, à laquelle elle était apparentée d'assez loin.

Il accusait M. Plagnard d'être l'inspirateur des actes de sa femme, qui avait introduit contre lui une instance en divorce pour mauvais traitements.

Vers midi dix, lundi, M. de Sentuary vit sa femme en com-

pagnie de sa belle-sœur, M^{me} Castelbon, et de M. Plagnard, se dirigeant vers la poterne, pour se rendre à Lachepaillet, où elle habite.

Il prit la même direction. La poterne dépassée, ne voyant aucun témoin gênant aux environs, il tira de sa poche un revolver et fit feu deux fois, atteignant sa femme et M. Plagnard dans le dos.

Après quoi, tournant son arme contre lui-même, il se fit justice en se logeant une balle dans la bouche.

L'émotion causée en ville par ce drame est immense. M. de Sentuary, *hanté de la manie de la persécution*, avait d'ailleurs annoncé plusieurs fois qu'il ferait un malheur.

Le revolver dont a fait usage M. de Sentuary est une arme du calibre 9 ; elle était chargée de cinq cartouches, deux sont restées dans le barillet.

M^{me} Castelbon, au bruit des détonations, s'était enfuie, affolée.

Des personnes accoururent sur les lieux du drame et s'occupèrent de ses acteurs.

M. Plagnard fut conduit dans le magasin de son successeur, M. Raguet, rue Gambetta.

A trois heures, son état ne s'aggravant pas, les médecins ont autorisé le transport à domicile, à Lachepaillet, au moyen d'une civière portée par les ambulanciers de la ville.

Un poumon a été atteint, mais on espère cependant sauver M. Plagnard, car aucun gros vaisseau n'a été lésé, et il ne s'est pas produit d'hémorragie.

M^{me} de Sentuary a été très sérieusement touchée au foie ; sa situation est inquiétante.

M^{me} de Sentuary est une demoiselle Pourtet, de Dax, famille très honorablement connue dans cette ville.

Quant au meurtrier, dont l'état est des plus graves, — le bruit de sa mort avait même couru un moment, — il a été envoyé à l'hôpital.

101. *Par la fenêtre.* — Ce matin, à onze heures et demie, une dame Peyrelalbe, âgée de trente-six ans, demeurant 97, rue de Provence, et qui depuis quelque temps souffrait de troubles cérébraux, s'est précipitée, du haut de sa fenêtre située au troisième étage, dans la rue.

Des passants et des voisins s'empressèrent aussitôt autour d'elle, et on la releva dans un état grave. La malheureuse avait une cuisse brisée et le crâne fendu. M. Tanguy, commissaire de police, après avoir procédé aux constatations d'usage, a fait transporter la malade à l'hôpital Beaujon. (*Le Temps*, numéro du jeudi 22 août 1901.)

102. *Jeune fille tuée par sa mère.* — Notre correspondant de

Rennes nous écrit qu'un drame terrible vient de se dérouler au village de Montgotin, commune de Monthault, canton de Louvigné-du-Désert (Ille-et-Vilaine), où habitaient les époux Gohin et leurs deux filles, âgées l'une de treize ans, l'autre de dix-huit.

Cette dernière était atteinte depuis un certain temps d'une tumeur abdominale.

Le bruit courut dans le village qu'elle était enceinte. Elle et sa mère furent tellement affectées par ces imputations calomnieuses, que leur raison en fut gravement atteinte.

Une nuit, dans un moment d'exaltation furieuse, la mère se leva, se précipita sur sa fille, qui était couchée dans la même chambre, la frappa à coups de poing et de pied, et finit par l'étrangler.

L'autopsie a relevé des ecchymoses au larynx, aux jambes et au front.

Le parquet de Fougères s'est rendu à Monthault et a fait procéder à l'arrestation de la femme Gohin, qui a été amenée à l'infirmerie de la maison d'arrêt de Fougères, où elle est mise en observation, afin de permettre de déterminer sa responsabilité. (*Le Temps*, numéro du vendredi 23 août 1901.)

103. *Une mère qui pend son enfant.* — On télégraphie de Privas au *Figaro* (numéro du jeudi 26 septembre 1901) :

« Une femme, Julie Labrot, cinquante ans, de Beaune, internée à plusieurs reprises dans un asile d'aliénés, a, dans un accès de folie, tué son jeune enfant, âgé de deux ans.

« Profitant de l'absence de son mari, elle prit l'enfant et le pendit à l'espagnolette de la fenêtre.

« Un autre petit garçon, âgé de cinq ans, aurait subi le même sort s'il n'avait pu s'enfuir et se réfugier chez des voisins.

« Quand ceux-ci arrivèrent, ils trouvèrent la femme Labrot riant aux éclats à côté du corps de son enfant. »

104. *Suicide.* — On télégraphie de Chaumont à l'*Agence Havas*, le 8 octobre 1901 :

« A Chamouilley, une dame Trémaux, âgée de soixante ans, dont les souffrances avaient altéré la raison, s'est enduite de pétrole pendant l'absence de son mari et y a mis le feu. A son retour, le mari n'a trouvé que des restes carbonisés. »

105. *Un fou furieux.* — On écrit de Chaumont au *Figaro* (numéro du jeudi 17 octobre 1901) :

« Un cultivateur de la petite commune de Silvarouvres était, il y a quelques années, atteint d'aliénation mentale. Interné dans l'asile de Châlons-sur-Marne, il guérit — en apparence du moins, — et revint au pays. Il vécut quelque temps dans la plus parfaite tranquillité; puis, il y a environ un mois, il recommença à donner des signes de dérangement cérébral, par-

courant les rues du village un poignard à la main, tirant des coups de fusil dans sa propre demeure, etc.

« Hier, il s'embusquait derrière sa fenêtre, son fusil chargé en main. A un moment, un enfant de treize ans, le jeune Toisenot, de Châteauvillain, venant à passer devant la fenêtre de Chelle, celui-ci déchargea son arme sur lui. L'enfant reçut trente grains de plomb et, à la vue du sang, il fut pris d'une syncope. Heureusement, ses blessures ne sont pas mortelles.

« Le fou, derrière sa fenêtre, menaça, durant deux heures, de tirer sur quiconque s'approcherait. Enfin, las sans doute de sa faction, il s'échappa et prit la direction de la forêt de Dinteville. Après de longues recherches, il a pu être rejoint. On vient de le conduire à l'asile d'aliénés de Saint-Dizier. »

RÉSUMÉ. — Dans les six numéros des *Annales* de l'année 1901, nous avons recueilli 104 cas d'aliénés en liberté, publiés dans divers journaux de Paris ou de la province. Ces aliénés avaient commis, les uns de simples excentricités ou des actes délictueux, le plus grand nombre de véritables crimes : homicides, tentatives d'homicide, menaces de mort, incendies, etc. ; enfin les suicides simples, ainsi que les suicides précédés d'homicides, forment la majorité.

Tentatives d'homicide, agression violente, menaces de mort.	32
Suicides et tentatives de suicide	20
Excentricités et actes délictueux.	18
Homicides.	17
Homicides et suicides.	14
Incendies	4
Total.	105

Ainsi sur 105 cas, il y a eu 31 homicides, dont 14 ont été suivis du suicide de l'aliéné après la perpétration du meurtre. Nous ne parlerons que pour mémoire des nombreuses tentatives d'homicide, des agressions violentes, ainsi que des quatre incendies. Ce qui nous paraît plus important, c'est de compter le nombre des victimes faites par ces 105 aliénés en liberté. Il y a eu :

Blessés grièvement.	43
Morts.	29
Suicidés	23
Total.	95

Ainsi notre statistique — qui ne saurait avoir la prétention d'être complète — nous donne 43 personnes qui ont été blessées grièvement par des aliénés en liberté, et un grand nombre d'entre elles ont sans doute succombé à leurs blessures ; 29 ont

été tuées ; enfin 23 aliénés se sont tués, dont un grand nombre, après avoir tué, soit leur femme ou leur mari, soit leurs enfants.

Un fait qu'il importe de signaler, c'est que plusieurs de ces aliénés ont fait de véritables hécatombes ; ainsi nous comptons 6 d'entre eux qui ont chacun fait trois victimes, et un autre en a fait sept.

La plupart de ces crimes et de ces délits ont été commis par des aliénés dont la plupart étaient malades depuis longtemps et que la prudence la plus élémentaire aurait dû faire séquestrer ; beaucoup avaient déjà été traités dans les asiles ou en étaient sortis prématurément.

Pour tout esprit non prévenu, une pareille statistique porte en elle-même son enseignement ; aussi n'y ajouterons-nous aucun commentaire. — A. R.

LE NÉCROPHILE DE MUY

Sous ce titre très suggestif : *Une série d'abominables profanations*, le *Temps* (numéro du lundi 30 septembre 1901) raconte les faits suivants :

« On vient de découvrir dans la petite commune de Muy, située sur la ligne P.-L.-M., entre Toulon et Nice, une série de crimes aussi odieux que macabres.

« Nos correspondants de Marseille et de Toulon nous télégraphient les détails suivants sur ces forfaits : hier, dans l'après-midi, on trouvait dans un grenier le cadavre décapité d'une fillette qui avait été violée et dont la mort remontait à plusieurs jours. Le parquet de Draguignan se transporta sur les lieux et commença une enquête qui aboutit à l'arrestation du coupable.

« Voici les renseignements que je viens de recueillir sur place :

« Depuis quelques jours, une odeur nauséabonde semblait provenir de la maison portant le n° 15 de la Grande-Rue du Muy. Cette maison est habitée par le nommé Antoine Ardisson, âgé de soixante-cinq ans, qui vit là avec son fils Honoré, âgé de vingt-neuf ans, et une femme nommée Robini, qui leur sert de bonne à tous deux. Les voisins, poursuivis par l'odeur qui devenait pestilentielle, mirent le père Ardisson en demeure d'en rechercher la cause. Il répondit que l'odeur devait provenir des ordures (*sic*) que son fils, une véritable brute, déposait dans son grenier. Cependant, piqué par la curiosité, Ardisson père pénétra dans le grenier. Il vit dans un coin une forme blanche enveloppée dans de la paille. Quelle ne fut pas sa stupeur lorsqu'il aperçut le cadavre d'une fillette de quatre ans, vêtue d'une robe blanche, les jambes écartées, la tête entièrement détachée du tronc.

« Effrayé, Ardisson, après avoir cependant hésité pendant deux heures, se décida, son fils ne revenant pas de la campagne, à aller prévenir le brigadier de gendarmerie; celui-ci consigna immédiatement à sa disposition Ardisson père et la femme Robini, pour les empêcher de se concerter avec le fils Ardisson,

« Celui-ci fut arrêté le soir, à son retour des vendanges.

« Honoré Ardisson commença par s'étonner de son arrestation; puis, pressé de questions, il avoua que le soir de l'inhumation de la jeune Louise X..., morte à quatre ans, de pneumonie infectieuse, le 42 septembre, il pénétra dans le cimetière, déterra le cadavre, le mit dans un sac, et le porta chez lui où il en abusa.

« Honoré Ardisson, après cet aveu, demanda à manger, car, dit-il, il avait bon appétit.

« — Je parlerai ensuite, ajouta-t-il.

« En effet, après son repas, Ardisson fit les plus effroyables confidences. C'est ainsi qu'il a dit que lorsque mourait dans le pays une fillette qu'il avait remarquée, et dont il connaissait le corps puisque la plupart du temps il servait d'aide au fossoyeur, il se dirigeait la nuit, entre une heure et deux heures du matin, vers le cimetière, escaladait le mur, fouillait la tombe et abusait du cadavre. Il a reconnu avoir fait ainsi pour la jeune Y..., âgée de quatorze ans, morte le 20 février 1901, et pour la jeune Z..., âgée de treize ans, morte le 28 avril 1901. Il coupa la tête de cette dernière et l'emporta chez lui, pour l'embrasser mieux et beaucoup plus souvent.

« Le vampire n'a pas avoué d'autres crimes; mais on suppose que depuis deux ans il a déterré et souillé six ou huit cadavres de fillettes de quatre à quatorze ans. On voit qu'il a déjà reconnu en avoir souillé et décapité trois. Dans les perquisitions faites dans son grenier, on a retrouvé la tête de la pauvre Z..., la jeune fille dont le visage, a-t-il eu le cynisme de le déclarer, lui plaisait le mieux.

« Le parquet de Draguignan s'est transporté sur les lieux pour commencer l'instruction. Au cours de l'interrogatoire qu'il a fait subir à Ardisson, le procureur lui a demandé pourquoi il ne s'était pas marié; ainsi il aurait eu une femme à lui. Le coupable a répondu: « Les vivantes ne voulaient pas de moi; les mortes, elles, ne se défendaient pas! »

« Il est certain qu'on se trouve en présence d'une brute inconsciente; mais la découverte de ces horribles forfaits n'en excite pas moins une très vive émotion.

« Honoré Ardisson était employé comme manœuvre maçon, et on l'avait surnommé Nounigno. Il a fait son service militaire en Corse au 61^e de ligne.

« L'entrée du cimetière de Muy a été fermée jusqu'à nouvel

ordre, en vue de recherches que le Parquet doit y faire opérer. »

Deux jours après, le même journal (numéro de mercredi 2 octobre 1901) donnait sur ce fait les renseignements complémentaires suivants :

« Les anecdotes abondent maintenant sur Ardisson. Cet innocent, comme les gens du pays le désignent, est un être maladif, fils d'un alcoolique invétéré. Plusieurs cas de démence se sont produits parmi ses parents ; un de ses cousins, dans un accès de folie, a tué dernièrement un Italien avec qui il venait d'avoir une discussion.

« Ardisson n'aspirait qu'à vivre en solitaire. Il exécute passivement tout ce qu'on lui commande. Il a répondu sans se faire prier à toutes les questions qui lui ont été posées par le juge d'instruction ; il a donné tous les détails possibles sur ses crimes et dit que, s'il avait gardé le cadavre de la dernière fillette aussi longtemps chez lui, c'est qu'il attendait qu'une autre fût morte pour la remplacer (*sic*). Dans la prison il est calme, ne soufflant mot, sauf pour demander à manger, car il accuse toujours un très gros appétit.

« Les résultats recueillis jusqu'à ce soir par l'enquête faite au Muy sont que cinq sépultures ont été violées et cinq cadavres d'enfants profanés depuis décembre dernier. Parmi ces cinq cadavres, trois ont été décapités.

« A signaler, parmi les aveux du fou, cette phrase :

« J'ai toujours guetté les jeunes filles malades dans le pays. J'avais la secrète pensée de les avoir si elles venaient à mourir. »

Les actes d'Ardisson, pour « abominables » qu'ils soient, n'en sont pas moins ceux d'un aliéné, et la justice l'a très bien compris puisqu'elle a chargé de l'examen médico-légal de ce malade notre distingué confrère, M. le Dr Belletrud, médecin directeur de l'asile de Pierrefeu (Var).

Sans vouloir préjuger en rien des conclusions de l'expertise, nous croyons devoir rappeler que les cas semblables à celui d'Ardisson ne sont pas rares dans la science. Rappelons entre autres celui du sergent Bertrand que notre regretté maître, le Dr L. Lunier, a discuté avec une rare compétence en un remarquable article des *Annales* (1). Un nouveau cas de profanation de cadavres donna à Morel l'occasion de développer d'intéressantes considérations pathogéniques et médico-légales sur la perversité des actes chez les aliénés (2). C'est à ces deux tra-

(1) L. Lunier. Examen médico-légal d'un cas de monomanie instinctive. Affaire du sergent Bertrand. In *Annales médico-psychologiques*, 1849, 2^e série, t. I, p. 350.

(2) Morel. Considération médico-légales sur un imbécile éro-

vaux que remontèrent tous ceux qui, depuis, ont écrit sur cette question de la nécrophilie.

Rappelons que la littérature s'est emparée de ce sujet. A propos de l'affaire du sergent Bertrand, on n'a pas manqué de citer le roman de Kératry, *Le dernier des Beaumanoir*, qui fut inspiré à son auteur par un fait qui s'est passé peu d'années avant la Révolution de 1789 : un prêtre fut convaincu d'avoir assouvi une passion brutale sur le cadavre encore chaud d'une femme auprès de laquelle il avait été placé pour réciter des prières.

Tout récemment, un romancier de talent, Rachilde, reprenait le même sujet (1). Il s'agit, cette fois, d'un gardien de phare qui violait les cadavres que la tempête jetait sur son rocher solitaire. Fait curieux, le père Mathurin, — le héros de ce roman, — comme le nécrophile de Muy, avait coupé la tête d'une de ses victimes et la conservait dans un endroit retiré et presque inaccessible de son phare, où il grimpait pour la voir et l'embrasser. La fiction du romancier semble avoir prévu l'abominable réalité; tant il est vrai que la folie, par ses conceptions délirantes et la perversion des instincts, atteint, si elle ne dépasse pas souvent, tout ce que peut inventer l'imagination la plus débridée. — A. R.

FAITS DIVERS

Séquestrée pendant quarante-cinq ans. — Nous empruntons à la *Petite Gironde* le récit suivant :

Il y a environ trois mois, un vol d'une somme de 800 francs était commis au préjudice de la famille Bissière, du Garrigou, commune de Saint-Eutrope-de-Villeréal (Lot-et-Garonne). Celle-ci accusa de ce méfait son domestique, le nommé Henri Hugon, qu'elle dénonça à la gendarmerie. Pour se venger de cette dénonciation, le domestique, qui connaissait les habitudes de la maison, se rendit, le 30 juillet à Cancon et déclara à la gendarmerie que ses maîtres, Bertrand Bissière et sa sœur Adèle Bissière, tenaient enfermée depuis quarante-cinq ans, dans un réduit obscur, leur sœur Jeanne-Adélaïde Bissière.

Une descente de justice eut lieu jeudi. Les magistrats trouvèrent Jeanne-Adélaïde Bissière enfermée dans une sorte de réduit ayant 3 m. 75 de long sur 2 m. 50 de large.

Ce réduit est divisé en deux parties par une cloison en plan-

tique convaincu de profanation de cadavres. In *Gazette hebdomadaire*, 1857, p. 123, 185 et 197.

(1) Rachilde. *La Tour d'amour*. Roman, 2^e édit., Paris. Société du *Mercur de France*. S. d.

ches de 2 m. 50 environ de hauteur, ne prenait l'air et le jour que par le haut et muni d'un guichet par où l'on fait passer les aliments qu'on donne à la malheureuse idiote.

Celle-ci, complètement nue, était accroupie sur une mauvaise couche remplie d'excréments d'où s'exhale une odeur nauséabonde, les genoux repliés sur eux-mêmes et lui touchant le menton.

Aux questions qu'on lui pose, la malheureuse recluse ne répond pas et semble ne pas comprendre qu'on lui adresse la parole. Elle n'est plus de ce monde, et, lorsque les magistrats la font extraire de ce réduit obscur; elle porte les mains à ses yeux pour ne pas voir la lumière du jour.

Après cette constatation des lieux, les magistrats instructeurs interrogent Bissière et sa sœur Adèle, qui déclarent que leur père, aujourd'hui décédé, fut obligé, il y a quarante-cinq ans, d'enfermer sa fille Jeanne-Adélaïde, devenue subitement folle à la suite de maladie.

Ils racontent que par moments elle devenait folle furieuse et que dans cet état elle menaçait de tout casser, de tout briser, et même d'incendier leur maison d'habitation. Ils prétendent encore que c'est afin d'éviter un malheur que leur père avait séquestré leur sœur. Ils ajoutent qu'à la mort de celui-ci ils ont cru devoir tenir séquestrée leur sœur, comme l'avait fait leur père.

La famille Bissière possède une belle fortune; elle est bien considérée dans le pays.

Dans la nuit de jeudi à vendredi, Jeanne-Adélaïde Bissière a été transportée à l'hôpital Saint-Cyr, à Villeneuve-sur-Lot, pour y recevoir les soins que nécessitait son état.

Le frère et la sœur de la malheureuse recluse ont été laissés en liberté. (Le *Temps*, numéro du dimanche 4 août 1901.)

Surveillance des aliénés dans leur famille. — A propos de la séquestration de M^{lle} Blanche Monnier, la Société des Sciences médicales de Poitiers, sur la proposition de M. le D^r Jablonski, médecin de la prison, qui fut appelé à donner ses soins à M^{me} Monnier, a émis le vœu suivant :

« Considérant que les aliénés ont droit, comme les autres citoyens, à la protection de l'Etat, d'autant plus que leur situation d'infériorité intellectuelle les livre sans défense à ceux qui, légalement, sont chargés de pourvoir à leurs besoins, tels que leurs parents, tuteurs, etc., les membres de la Société des sciences médicales de Poitiers prient le Sénat et la Chambre des députés de voter, dans le plus bref délai possible, une loi de protection obligeant les parents, tuteurs ou autres personnes qui ont en garde un individu atteint d'aliénation mentale, d'en aviser immédiatement l'autorité compétente (préfet ou procu-

reur de la République), afin que cette autorité puisse exercer une surveillance permanente sur l'aliéné. A cet effet, il sera désigné, dans chaque canton, un médecin inspecteur chargé de visiter, au moins une fois par mois, le malade en question, comme cela se pratique pour les enfants protégés placés chez des nourrices. Au cas où l'aliéné ne recevrait pas les soins que comporte son état, il serait transféré d'urgence, par ordre du médecin inspecteur, dans un asile spécial. »

Ce vœu est la reproduction d'un article qui figure dans les rapports de MM. Th. Roussel, Bourneville, Lafont et Dubief, sur le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.

Congrès égyptien de médecine. — Le premier Congrès égyptien de médecine se tiendra au Caire, du 10 au 14 décembre 1902, sous le haut patronage de S. A. le Khédive.

Nous avons reçu le programme préliminaire de ce Congrès. Parmi les rapports et communications inscrits à ce jour, nous relevons les suivants : *De l'alcoolisme et de ses progrès en Egypte*, par le D^r de Becker ; *La folie par le haschisch*, par le D^r Warnock.

L'étude scientifique des miracles. — Notre distingué collaborateur, M. le D^r Rouby, médecin-directeur de la maison de santé de Saint-Eugène (Alger), qui a publié récemment une excellente brochure sur Marie Alacoque, désirerait faire un travail scientifique sur les miracles. Il prie les lecteurs des *Annales* de bien vouloir lui communiquer les observations de guérisons miraculeuses qu'ils ont pu constater, et plus particulièrement celles survenues à Lourdes.

UN NOUVEAU JOURNAL DE MÉDECINE MENTAL

L'année 1901 a vu naître, aux Etats-Unis, un nouveau périodique de médecine mentale et nerveuse : *The Journal of mental pathology*. Ce recueil, qui est mensuel et paraît depuis le mois de juin dernier, est publié sous la direction de M^{lle} Louise Robinowitch, docteur en médecine.

Les deux premiers numéros, qui nous sont parvenus, contiennent, chacun, des travaux originaux du plus haut intérêt, des analyses de journaux, des articles bibliographiques, enfin des renseignements sur les asiles d'aliénés aux Etats-Unis. Cette publication est destinée, nous en sommes convaincu, à prendre sa place — et une place distinguée — parmi les autres recueils de médecine mentale et nerveuse. Nous adressons avec empressement, à notre nouveau confrère, un salut cordial de bienvenue, et de sincères souhaits de longévité.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1902

PRIX AUBANEL. — 2.000 francs. — Question : *Valeur sémiologique des idées hypocondriaques dans les maladies mentales appuyée sur des observations personnelles.*

PRIX BELHOMME. — 900 francs. — Question : *Du sens de l'ouïe chez l'idiot.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

ANNÉE 1903

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1901 et en 1902, devant les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

PRIX SEMELAIGNE. — 500 francs. — Question : *Historique de la paralysie générale.*

NOTA. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1901 pour les prix à décerner en 1902 ; pour ceux à décerner en 1903, le 31 décembre 1902, chez M. le D^r ANT. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés ; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XIV^e VOLUME DE LA HUITIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

	PAGES
Le Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de langue française (XI ^e session, à Limoges); par le D ^r A. Giraud.	177

II. — Pathologie.

La folie des foules. Nouvelle contribution à l'étude des folies épidémiques au Brésil; par le D ^r Nina-Rodrigues.	5 et 202
Suicide et folie; par le D ^r Viallon.	19, 210 et 376
Du langage chez les idiots; par le D ^r L. Maupaté.	35, 225 et 387
Deux cas de manie guéris à la suite d'une infection grave; par le D ^r Ch. Azémar.	52
La volupté, la cruauté et la religion; par le D ^r Gannouchkine.	353

III. — Médecine légale.

Des actes testamentaires des paralytiques généraux; par le D ^r Rouby.	242 221
--	-----------------------

IV. — Législation.

De la protection de la fortune des malades dans les établissements d'aliénés. Ce qu'elle est; ce qu'elle doit être; par le D ^r Samuel Garnier (1 ^{er} article).	405
---	-----

IV. — Revue critique.

Création d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels. Rapport présenté au Conseil supérieur de l'assistance publique; par le D ^r A. Regnard.	68
La médecine légale au Congrès international de médecine de Paris en 1900; par le D ^r Giraud.	480

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I.—Société médico-psychologique.

PAGES

- Séance du 25 mars 1901.* — Election de M. Joffroy à l'Académie de médecine : MM. Ritti, Joffroy. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Taty, Masoin, Möbius, Snterland, Cullerre, Cabred. — Rapport de M. Toulouse sur la candidature de M. Marchand ; élection. — Perte de la vision spéculaire : M. Paul Sollier. — Le bromure de potassium dans l'épilepsie : M. Toulouse. 80
- Séance solennelle du 29 avril 1901.* — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Falret, Sollier, Marchand, Gustave d'Oláh. — Rapport de la Commission du prix Belhomme : M. Roubinovitch. — Rapport de la Commission du prix Esquirol : M. Antheaume. — Rapport de la Commission du prix Moreau (de Tours) : M. Dupain. — Rapport de la Commission du prix Semelaigne : M. Febvre. 88
- Séance du 20 mai 1901.* — Mort de M. Menriot : MM. Joffroy, Ritti. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Boissier, Semelaigne, Sollier, Samuel Garnier, Maurice Ducosté, Farnarier, Petit. — Rapport de M. Boissier sur la candidature de M. G. d'Oláh ; élection. — Hallucinations psycho-motrices et sialorrhée paroxysmale : MM. Trénel et Crété. — Les lésions névrogliques du cortex dans la paralysie générale : M. Marchand. — Des injections de sérum chez les aliénés : MM. Marie, Joffroy, Vallon. — Contribution à l'étude cytologique du liquide céphalo-rachidien. Nombreux éléments cellulaires constatés à la fin d'un accès d'alcoolisme subaigu chez un alcoolique chronique ne présentant pas actuellement les signes de paralysie générale : MM. Joffroy, Magnan, Paul Garnier, Christian, Nageotte. . . . 263
- Séance du 24 juin 1901.* — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Sollier, G. d'Oláh, Ferrari, Wahl, Mongeri, Bernard-Leroy et Tobolowska. — De la folie myxœdémateuse et, en particulier, du traitement thyroïdien des psychoses. Rapport sur un travail de M. Pilcz : MM. Legrain, Raynean. — Considérations sur le délire des actes dans la paralysie générale : MM. Trénel, Marie, Toulouse. — Imbecillité et paralysie générale juvénile : MM. Toulouse et Marchand, Vallon. — Méningite tuberculeuse à forme mélancolique : M. Vigouroux. — Un cas de gliome cérébral : MM. Vigouroux, Dupain, Briand, Pactet, Colin. — Des injections de sérum chez les aliénés : MM. Marie, Briand. 284
- Séance du 22 juillet 1901.* — Correspondance et présentation d'ouvrages : M. Pilcz. — Rapport de M. Antheaume sur la candidature de M. Wahl ; élection. — Rapport de M. Toulouse sur la candidature de M. Ferrari ; élection. — L'hérédité du talent poétique. Rapport sur un travail de M. Möbius : M. Chaslin. — Etat mental des aphasiques sensoriels : MM. Vigouroux, Blin, Briand, Joffroy. 441

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1900).

(Anal. par le Dr A. CULLERRE.)

	PAGES
Recherches cliniques et expérimentales sur l'électrisation crânienne et cérébrale.	463
— Le cas de Vacher; état mental, criminalité, responsabilité, examen du cerveau.	463
Répartition géographique actuelle du goitre en France.	464
Pathogénie de la pellagre.	465
Fonction menstruelle et rut des animaux; rôle de l'arsenic dans l'économie.	466
Critique de la théorie dite physiologique des émotions.	467
Hémorragies névropathiques des organes génito-urinaires (hématuries)	469
Hémorragies névropathiques des voies respiratoires (épistaxis et hémoptysies).	469
Hémorragies névropathiques des voies digestives (stomatorragies, hématoméses, entérorragies).	470

JOURNAUX ALLEMANDS (1898).

(Anal. par le Dr AL. ADAM.)

Des obsessions.	115
Un cas de maladie de Bernhardt.	117
Paralysies consécutives aux injections antirabiques de Pasteur.	117
Centres d'association de Flechsig.	118
Etiologie des névroses fonctionnelles (hystérie et neurasthénie).	121 et 125
Médicaments cardiaques dans le traitement de l'épilepsie.	123
Vanne protectrice interposée dans le traitement circulatoire de la moelle allongée.	124
Paralysie générale chez la femme.	126
Névrite optique terminée par la guérison complète après quatre semaines de cécité.	127
Dissociation syringomyélique de la sensibilité dans les myélites transversales.	129
Cas de tumeur cérébrale avec atrophie de la langue évoluant avec les symptômes du « malum suboccipitale ».	130
Hystérie chez un chat et chez un canari.	130
Atrophie musculaire dans la sclérose multiple.	131
Artério-sclérose cérébrale.	132
Troubles nerveux et psychiques chez les ouvriers travaillant dans le caoutchouc (intoxications par le sulfure de carbone).	134
Paralysie du nerf radial à la suite de crises épileptiques.	135
Deux cas de tumeurs cérébrales avec diagnostic précis de la localisation.	135
Forme psychopathique particulière de la rétention d'urine.	136
Pathologie du myxoedème.	137
Troubles des échanges intra-organiques dans la neurasthénie.	138
Changements survenus dans l'aspect clinique de la paralysie générale durant les dernières périodes décennales.	139
L'alcool dans les asiles d'aliénés.	140
Accès épileptiques et épileptoïdes sous forme d'états d'angoisse.	141

JOURNAUX AMÉRICAINS (1898).

Anal. par le Dr V. PARANT.

	PAGES
Formes légères de folie périodique	470
Mélancolie des lépreux.	471
Début de la mélancolie.	471
Responsabilité criminelle.	471
Assistance publique des aliénés	471
Affaire Kelley : meurtre ; expertise médicale	472
Etendue de la spécialité psychiatrique.	473
Notes médico-légales. Responsabilité modifiée	473
Service médical des prisons	473
Sécrétion de l'urée et de l'acide urique dans la mélancolie.	474
Une des particularités de la simulation de la folie	474
Chirurgie chez les aliénés au Canada.	474
Progrès de l'œuvre professionnelle dans les asiles d'aliénés.	475
Stigmates de la dégénérescence.	475
Second asile d'aliénés de l'Etat de Maryland.	476
Manie rapidement fatale dans la maladie de Graves	476
Relations mutuelles de l'aliéniste et du neurologue dans l'étude de la psychiatrie et de la neurologie	476
Limite scientifique entre la raison et la folie.	477
Œuvre de deux années et demie à la colonie de Craig.	477
Valeur des observations dans les asiles.	477
Homicide et suicide subconscients.	478
Le <i>loco-weed</i> cause-t-il la folie ?	478
Visite en hiver aux asiles du comté de Wisconsin.	478
Alimentation des aliénés	479
Responsabilité dans l'alcoolisme	479

III. — Bibliographie.

Soixante-douzième rapport annuel de l'asile de James Murray, Perth (Anal. par le Dr A. Cullerre).	143
Katatonie, par Frederick Peterson et Charles-H. Langdon (Anal. par le Dr A. Cullerre).	143
Apport clinique à la doctrine de la démence précoce ; par le Dr Finzi et Vedrani (Anal. par le Dr Nicoulau).	323
Du symptôme « désorientation » ; par le Dr J. Finzi (Anal. par le Dr Nicoulau).	326
Contribution à l'étude des obsessions et des impulsions à l'homicide et au suicide chez les dégénérés au point de vue médico-légal ; par le Dr Georges Carrier (Anal. par le Dr Rayneau).	328
Quarantième rapport annuel du bureau des commissaires pour l'aliénation mentale en Ecosse (Anal. par le Dr A. Cullerre).	332
Cinquième rapport annuel du bureau des administrateurs de la colonie de Craig pour l'année fiscale se terminant le 30 septembre 1898 (Anal. par le Dr Cullerre).	333
Le système nerveux central. Structure et fonctions. Histoire critique des théories et des doctrines ; par Jules Soury (Anal. par le Dr Ant. Ritti).	480
Revue des thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Lyon pendant l'année scolaire 1899-1901 (Anal. par le Dr Th. Taty)	487
Etude d'anthropologie criminelle spiritualiste ; par B.-M. Andrade (Anal. par le Dr Nicoulau).	498

L'âme du criminel; par le Dr Maurice de Fleury (Anal. par le Dr Ant. Ritti)	503
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.	144, 334 et 506
ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE. Assemblée générale du 29 avril 1901.	146

IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Charon, Nolé, Boiteux. — Nécrologie : Meuriot. — Du domicile de secours des aliénés. Circulaire ministérielle. — La création d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels au Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Les aliénés en liberté (<i>suite</i>). — Programme du Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes. Session de Limoges (1901).	156
Nominations et promotions : MM. Balet, Samuel Garnier, Dide, Brunet, Ricoux, Legrain, Briche, Vernet, Gex, Dodéro. — De l'isolement des aliénés atteints de tuberculose. Circulaire ministérielle. — Les aliénés en liberté (<i>suite</i>). — Un nouveau prophète en Italie. — Tribunaux. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique. Années 1902 et 1903.	337
Nominations et promotions : MM. Colin, Ramadier. — Les suicides en France en 1898. — Le nouvel asile d'aliénés de l'Etat de São-Paulo, au Brésil. — Les aliénés en liberté (<i>suite</i>). — Le nérophile de Muy. — Faits divers. — Un nouveau journal de médecine mentale. — Prix de la Société médico-psychologique (1902 et 1903).	509
Table des matières du tome XIV de la 8 ^e série.	524